

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

POUR

N° 641

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 22 JUILLET 1898, A 1 HEURE

Par LOUIS FUNCK-BRENTANO

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS ET DES MATERNITÉS DE BEAUJON, TENON ET L'HOTEL-DIEU

RÉPÉTITEUR A LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

PRÉPARATEUR DU COURS D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Né à Luxembourg, le 22 mars 1867

DES GROSSESSES UTÉRINES

SURVENANT APRÈS

LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Président : M. PINARD

Juges : { MM. SEGOND,
 VARNIER, } professeurs agrégés.
 DELBET, }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL

L. MARETHEUX, Directeur

SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 135,000 FRANCS

1, RUE CASSETTE, 1

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

64!

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 22 JUILLET 1898, A 1 HEURE

Par LOUIS FUNCK-BRENTANO

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS ET DES MATERNITÉS DE BEAUJON, TENON ET L'HOTEL-DIEU

RÉPÉTITEUR A LA CLINIQUE BAUDELOQUE

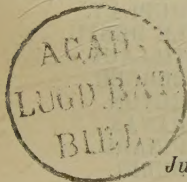
PRÉPARATEUR DU COURS D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Né à Luxembourg, le 22 mars 1867

DES GROSSESSES UTÉRINES

SURVENANT APRÈS

LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE



Président : M. PINARD

Juges : { MM. SEGOND,
VARNIER, } professeurs agrégés.
DELBET, }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL

L. MARETHEUX, Directeur

SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 135,000 FRANCS

1, RUE CASSETTE, 1

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHEL.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	{	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		HUTINEL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULBENE.
		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale	{	JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		DUPLAY.
	{	LE DENTU.
Clinique chirurgicale		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchements	{	PINARD.
		BUDIN.

Agrégés en exercice :

MM. ACHARD.	MM. GILBERT	MM. MENETRIER	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILLES DE LA	NELATON	THIERRY
ANDRE	TOURETTE	NETTER	THOINOT
BAR.	GLEY	POIRIER, chef	TUFFIER
BONNAIRE	HARTMANN	des travaux	VARNIER
BROCA	LEJARS	anatomiques	WALTHER
CHARRIN	LETULLE	RETTERER	WEISS
CHASSEVANT	MARFAN	RICARD	WIDAL
DELBET	MARIE	ROGER	WURTZ
GAUCHER			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

TH. FUNCK-BRENTANO

DOCTEUR EN MÉDECINE

PRÉSIDENT DES SECOURISTES FRANÇAIS INFIRMIERS VOLONTAIRES

PROFESSEUR A L'ÉCOLE LIBRE DES SCIENCES POLITIQUES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON ONCLE

M. LE PROFESSEUR P. BROUARDEL

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES

M. LE PROFESSEUR A. PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

M. LE D^R H. VARNIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

En témoignage de ma profonde gratitude

L. F.-B.

*Nous sommes heureux de pouvoir exprimer ici notre
attachement et notre reconnaissance*

A MM. LES PROFESSEURS

GUYON, LABOULBÈNE, FARABEUF, HUTINEL et CHANTEMESSE

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX, MM. LES DOCTEURS

JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, RENDU, RIBEMONT-DESSAIGNES,
CHAMPETIER DE RIBES, NÉLATON, GÉRARD-MARCHANT,
MICHAUX, GUINARD, WIDAL, LEPAGE et TOUPET

A NOS MAÎTRES ET AMIS

PIERRE DELBET,
BROCA, POTHERAT, ALBARRAN, THOINOT et WALLICH

AVANT-PROPOS

Le samedi 14 mars 1896, comme j'étais de garde à la clinique Baudelocque, une femme fut amenée par une ambulance. Elle était très amaigrie, dans un état d'extrême oppression et se plaignait de souffrir beaucoup du ventre et des reins.

Interrogée, elle me dit avoir eu il y a neuf ans une grossesse extra-utérine qui avait évolué jusqu'à terme et dont elle n'avait pas voulu se laisser opérer. Et c'est parce qu'elle croyait que ses souffrances actuelles étaient liées à cette ancienne grossesse qu'elle s'était fait transporter dans une maison d'accouchements. Mais en examinant cette femme, en la palpant, je constatai dans son ventre, distendu par de l'ascite, la présence de masses dures, irrégulières, qui me firent penser immédiatement à un néoplasme, et je la fis conduire à l'hôpital Necker dans le service de M. le Dr Rendu, dont j'étais alors l'interne.

C'est là que je la revis le lendemain et que je l'interrogeai à nouveau. Elle me donna sur cette grossesse extra-utérine dont elle m'avait parlé la veille et à la suite de laquelle elle avait gardé une grosseur au niveau de

la fosse iliaque gauche, tous les détails qu'on lira plus loin.

C'était sa huitième grossesse. Elle ajouta que, depuis, elle en avait eu une autre qui avait évolué normalement et qui se termina par un accouchement spontané à la clinique de la rue d'Assas.

Le 19 mars, notre maître, M. Rendu, faisait de cette malade le sujet de sa clinique et concluait chez elle à l'existence de masses cancéreuses multiples, à développement rapide, dont il discutait le point de départ. L'autopsie, faite sept semaines plus tard, vint entièrement confirmer ce diagnostic. D'innombrables noyaux cancéreux remplissaient tout l'abdomen, infiltrant le grand épiploon et le péritoine. L'on trouva de plus, occupant toute la partie gauche du petit bassin et une partie de la fosse iliaque, une tumeur du volume d'une tête d'adulte, à laquelle l'utérus était accolé. Cette tumeur était-elle formée par le kyste fœtal extra-utérin, répondant à la grossesse que cette femme avait eue il y a neuf ans? La section que je fis, quelques jours plus tard, en présence de M. Varnier, vint répondre à cette question par l'affirmative. Nous trouvâmes, contenu dans ses enveloppes, un fœtus roulé en boule dont l'aspect des membres, de la peau, des ongles, dont la couleur du tissu musculaire rappelaient absolument ce que l'on voit chez un enfant frais mort.

Sous la direction de M. Varnier, on fit de cette pièce une série de photographies dont on trouvera plus loin la reproduction. M^{me} Henry put également nous donner quelques renseignements, la femme ayant été examinée à la Maternité trois semaines après le terme de sa gros-

sesse ectopique. Comme nous l'avons dit, notre malade a eu depuis une nouvelle grossesse terminée par un accouchement dont nous avons retrouvé la feuille dans les registres du service de M. le professeur Tarnier.

Ce cas est, comme on le voit, fort intéressant, et cela à plus d'un point de vue. C'est l'existence d'une grossesse utérine consécutive à une grossesse extra-utérine qui nous frappa tout particulièrement, de cette nouvelle grossesse qui, malgré la présence du kyste fœtal extra-utérin, évolua jusqu'à une époque voisine du terme, sans qu'aucun accident vînt en troubler le cours, et qui se termina par un accouchement spontané.

Sur le conseil de notre cher et vénéré maître, M. le professeur Pinard, nous avons recherché tous les cas analogues que pouvait contenir la littérature médicale, et l'étude de ces cas nous montra que les grossesses utérines survenant chez des femmes ayant eu, ce que les vieux auteurs appelaient une « grossesse par erreur de lieu », n'évoluaient pas toujours aussi bien que chez notre malade. Souvent elles ont été troublées par des complications qui, dans certains cas, ont été fatales, non seulement à l'enfant, mais aussi à la mère; complications infiniment plus fréquentes chez celles qui étaient encore en possession de leur kyste fœtal ectopique que chez les femmes qui avaient été opérées.

HISTORIQUE

Comme on le voit par le titre de ce travail, nous n'y parlerons pas des cas où la grossesse extra-utérine a été suivie d'une nouvelle grossesse ectopique. Ces récives sont cependant loin d'être rares et il semble même que les femmes qui ont eu déjà une grossesse extra-utérine soient particulièrement prédisposées à concevoir en dehors de l'utérus (1).

L'observation la plus ancienne que nous ayons retrouvée, de grossesse consécutive à la « grossesse déplacée », se trouve être justement un de ces cas de récive : c'est celle de la femme dont Albucasis relate l'histoire en 1532 (2).

Le premier cas se rapportant à notre sujet date de la fin du siècle suivant : il s'agit d'une grossesse tubaire, qu'opéra le professeur hollandais Abraham Cyprianus.

(1) D'après Schuhl, dans l'ensemble des grossesses survenues après une première grossesse extra-utérine, les grossesses ectopiques seraient aux grossesses normales comme 1 est à 12. D'après les cas rencontrés au cours de nos recherches, nous croyons la proportion de ces nouvelles grossesses extra-utérines sensiblement plus élevée.

(2) ALBUCASIS. *Chirurgiæ libri tres*, Argentorati. J. SCHOTT, 1532, in-fol.

La femme guérit et accoucha ultérieurement de deux enfants vivants. Puis, c'est le célèbre lithopédion de Leinzell, dont on retrouve l'observation dans les *Comptes rendus de l'Académie royale des Sciences*, de 1721. L'histoire de cet enfant, « qui est resté pendant quarante-six ans dans une des trompes de la matrice et qui n'empêcha pas que la mère n'accouchât deux fois, heureusement pendant ce temps-là », eut un grand retentissement. Smellie la reproduit dans l'article où il traite des fœtus conçus hors de la matrice et la fait suivre de celle publiée par Starkey Middleton en 1747.

Dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, les observations que l'on peut retrouver deviennent plus nombreuses.

Baudelocque, Capuron, Gardien, Jacquemier, signalent la possibilité de conceptions normales après grossesse extra-utérine. Velpeau y insiste un peu plus et renvoie à un certain nombre d'observations publiées.

Toutant (1851) conseille « dans le cas où une grossesse normale surviendrait, de ne pas trop se hâter d'extraire le kyste extra-utérin pour livrer passage à l'enfant; car de nombreux exemples prouvent que la parturition, bien que rendue plus laborieuse, a pu s'effectuer ».

Lesouef (1862), après avoir parlé de certains cas où la mort fut la conséquence de ces grossesses ultérieures, en tire un argument de plus pour conseiller l'opération en cas de grossesse extra-utérine ancienne, et raille ceux qui engagent les femmes porteuses d'un lithopédion à ne pas se mettre dans le cas de redevenir enceintes, disant « que c'est là un conseil plus facile à donner qu'à suivre ».

De Smet (1868) s'occupe de la dystocie que peuvent

entraîner par leur présence les anciens kystes fœtaux extra-utérins.

Keller (1872) parle des « accidents de décomposition du kyste que les grossesses nouvelles font éclater le plus souvent ». Il est partisan de l'intervention chirurgicale dans tous les cas de rétention du fœtus mort.

Parry (1876) est, au contraire, partisan de l'expectation prolongée et traite de la conduite à tenir dans le cas où la tumeur ferait obstacle à l'accouchement. Parmi les cinq cents cas de grossesses extra-utérines publiés par Parry, il y a vingt-deux exemples de femmes chez lesquelles est survenue ultérieurement une grossesse normale.

Schuhl, dans sa thèse (Nancy, 1883), porte ce nombre à cinquante-trois. Mais avant de parler de ce travail, le premier et le seul que nous ayons trouvé, où il soit uniquement traité « des grossesses extra-utérines anciennes dans leurs rapports avec les grossesses utérines subséquentes », nous devons citer le nom de Barnes qui, dans son *Traité des maladies des femmes* (trad. Cordes, 1876), insiste sur les dangers que font courir ces nouvelles grossesses et se prononce en faveur de leur élimination intentionnelle (1). Dans son travail, Schuhl étudie l'influence de la grossesse ectopique ancienne sur la grossesse normale, l'accouchement et les suites de couches. Les observations nouvelles que nous apportons confirment, d'une manière générale, les conclusions auxquelles il arrive.

Dans les travaux publiés depuis, quand on parle de

(1) Dans son *Traité théorique et clinique d'obstétrique* (trad. Cordes, 1886), Barnes a modifié ses idées au sujet du traitement et conseille d'enlever le kyste fœtal.

cette question, on rapporte les conclusions de Schuhl (Maygrier, Tarnier et Budin, Charpentier).

Dans son article « Grossesse » du *Dictionnaire encyclopédique*, M. le professeur Pinard parle également des femmes qui, portant un lithopédion, redeviennent enceintes, et il traite un peu plus loin des grossesses intra-utérines et extra-utérines simultanées. Mais comme le disait notre maître dans la communication faite par lui à l'Académie de médecine le 22 juin 1897, il faut distinguer ces deux catégories bien différentes de faits : « une grossesse peut survenir chez une femme ayant un kyste fœtal ancien, ou bien une grossesse gémellaire peut être à la fois utérine et extra-utérine ; c'est-à-dire qu'ici les deux fœtus se développent en même temps, l'un dans l'utérus, l'autre dans un kyste fœtal. »

Comme dans la thèse de Schuhl, il ne sera ici question que d'observations se rattachant à la première de ces deux catégories, observations que nous y ferons rentrer chaque fois que la grossesse utérine sera postérieure à l'ectopique, quel que soit le laps de temps écoulé entre les deux conceptions. Mais il est un ordre de faits dont Schuhl ne parle pas, et qui d'ailleurs était bien rare avant 1883, ce sont les cas de grossesse normale survenant chez les femmes opérées de grossesse extra-utérine. Il nous a paru intéressant de les réunir et de les opposer aux autres.

Cette comparaison a déjà été faite par Prochownick dans un travail publié en 1895 (1), portant sur un plus

(1) L. Prochownick. Die späteren schicksale ectopisch Geschwangerter. *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1895, n°s 29, 30 et 31.

petit nombre de cas et où il passe en revue les résultats obtenus par lui pendant dix-huit années de pratique sur des femmes atteintes de grossesses extra-utérines et traitées de diverses manières.

On verra que cette comparaison est, comme on pouvait le prévoir, toute en faveur des femmes opérées.

OBSERVATION PERSONNELLE

La nommée Ancelle (Félicie), canceuse, âgée de quarante ans, entre à l'hôpital Necker, le 14 mars 1896, dans le service de M. le Dr Rendu, pour de l'œdème des jambes et de l'ascite compliqués de violentes douleurs abdominales et rénales.

L'interrogeant sur ses antécédents héréditaires, on apprend que son père, un alcoolique, est mort fou à soixante-huit ans. Sa mère a succombé aux suites d'une affection pulmonaire qui a duré cinq ans.

Fille unique, elle n'a jamais été malade pendant son enfance. Est réglée à quatorze ans. Syphilis à quinze.

Première grossesse à seize ans, qui est difficile et pénible (vomissements fréquents, œdème des jambes, étouffements). Elle accouche à huit mois d'un enfant vivant qui meurt au bout de huit jours.

Seconde grossesse à dix-sept ans et demi. Mêmes accidents que pendant la première. Accouche à terme d'une fille qui a actuellement vingt-trois ans.

Troisième grossesse à dix-neuf ans et demi. Accouche à terme d'un enfant mort depuis dix jours.

Quatrième grossesse à vingt et un ans. Accouche à terme d'un enfant vivant qui meurt au bout de trente heures.

Cinquième grossesse à vingt-trois ans. Accouche à terme d'un enfant vivant qui meurt quelques heures après sa naissance.

Sixième grossesse à vingt-quatre ans. Accouche à terme d'un enfant vivant qui meurt au bout de quinze jours.

Septième grossesse à vingt-sept ans. Accouche à terme d'une fille qui a actuellement treize ans.

Les cinq premières grossesses sont dues à celui qui lui avait donné la syphilis à quinze ans. La sixième et la septième sont d'un autre père.

Deux à trois mois après la septième grossesse, notre malade a son retour de couches et est régulièrement réglée jusqu'à sa trente et unième année. A ce moment, ses règles se suppriment de nouveau et elle voit apparaître tous les symptômes qu'elle avait ressentis à ses grossesses antérieures (vomissements, etc.).

Au bout de six semaines, elle est prise subitement d'une douleur très violente dans le ventre, surtout marquée au niveau de la fosse iliaque gauche. La malade se couche et garde le lit pendant trois mois; les douleurs reviennent plusieurs fois par jour et ont toujours le même point de départ (fosse iliaque gauche).

Au moment où la malade peut se lever, elle sent remuer; la grossesse a quatre mois et demi. Elle continue à évoluer d'une manière en apparence normale; le ventre augmente progressivement de volume jusqu'au neuvième mois. Mais ces derniers mois ont cependant été beaucoup plus pénibles que dans les grossesses précédentes (malaises, faiblesses, etc.). A neuf mois, elle est prise de douleurs

comme pour accoucher et elle expulse au bout de trois jours « deux masses charnues ayant la longueur et la largeur du doigt ».

Depuis le début de ces douleurs, la malade ne sent plus remuer. Elle est soignée par une sage-femme, mais après trois semaines, souffrant toujours, elle finit par aller à la Maternité le 20 août 1888 (1). On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine et on lui conseille de se faire opérer. La malade s'y refuse et quitte la Maternité le lendemain de son entrée, 21 août 1888, pour aller consulter M. le D^r Bar, qui fait le même diagnostic et lui propose également d'intervenir. Mais la malade ne veut pas se laisser opérer et retourne chez elle. Elle souffre de moins en moins et au bout de trois mois ne ressent plus aucune douleur. A cette époque, son état général est satisfaisant; elle se remet à travailler. Au bout de quatre mois, ses règles reviennent; son ventre commence à diminuer de volume et continue à diminuer ainsi pendant six mois. Il reste cependant plus volumineux qu'avant cette grossesse extra-utérine et il lui reste une grosseur que la malade sent elle-même au niveau de la fosse iliaque gauche.

Elle est bien réglée et continue à l'être jusqu'au début de sa neuvième grossesse, qui a eu lieu il y a quatre ans.

(1) M^{me} Henry, sur la demande de notre maître, M. Varnier, a eu la très grande amabilité de nous donner les renseignements suivants :

« La nommée Ancelle (Félicie) est venue à la Maternité le 20 août 1888. Elle avait eu ses dernières règles du 10 au 14 octobre 1887. L'aide de service qui avait fait le premier examen avait cru que l'utérus était bifide. J'ai rectifié le diagnostic, en ai fait une grossesse extra-utérine, fœtus mort, et indiqué que le col de l'utérus était très porté à droite. Cette femme n'a pas voulu rester à la Maternité. Elle est partie le lendemain de son entrée, le 21 août 1888, promettant de revenir, ce qu'elle n'a jamais fait. »

Dernière apparition des règles le 31 octobre 1891. Cette grossesse évolue normalement. La malade est prise de douleurs le 21 juillet 1892, à 7 heures du matin, et entre dans le service de M. le professeur Tarnier. Examinée à ce moment, on reconnaît que son enfant se présente par le sommet en OIGA et qu'il existe une tumeur dans la fosse iliaque gauche.

Après treize heures et demie de travail, la malade accouche naturellement d'une fille vivante pesant 2,350 grammes, ayant 43 centimètres de longueur (1). Délivrance naturelle au bout d'une demi-heure.

Les suites de couches sont normales et notre malade quitte la clinique d'accouchement de la rue d'Assas le 31 juillet, son enfant se portant bien. Mais ce dernier meurt quelques semaines après. Retour de couches au bout de deux mois. Cette nouvelle grossesse et l'accouchement par lequel elle s'est terminée n'ont en somme présenté rien de bien particulier. Les seuls points que nous croyions devoir noter sont : 1° le fait que cette grossesse n'ait pas évolué tout à fait jusqu'à terme, et 2° la durée du travail, qui est longue chez une femme accouchant pour la huitième fois.

La malade se porte bien jusqu'en septembre 1893; elle est alors prise de pertes rouges continuelles, pertes qui n'ont aucune odeur; la malade ne souffre pas. Ce n'est que depuis janvier 1896 qu'elle est prise de douleurs dans les reins et que son ventre augmente de volume. En février,

(1) Pour les différents diamètres de la tête, voir l'observation que l'on nous a permis de rechercher et de copier dans le service de M. le professeur Tarnier et qu'il nous a paru intéressant de faire reproduire ci-contre.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

LIBERTÉ — ÉGALITÉ — FRATERNITÉ

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT & DE GYNÉCOLOGIE (Rue d'Assas)

NOM DE LA PARTURIENTE *Anelle Félire*

Age... *37 ans*

N° DU LIT

Service de M. le Professeur *Camus*

Profession *Cannellière*

Pendant la grossesse:

Garde de M. *Victor*

Entrée à la Clinique *21 juillet 91*

Après l'accouché: *10*

Nom de l'Élève: *Baley*

MÈRE

Antécédents..... } Primipara-Multipare: *VIII* Grossesse

Grossesses précédentes: { A terme *6* Avant terme *une à 8 mois*

Mode de Terminaison *naturels* un enfant mort le *5ème*

Age de la marche *un an*

Conformation du bassin.....

Dernière apparition des règles *31 Octobre 91*

Présentation et position..... Engagement.....

Grossesse actuelle.....

Battements du cœur fœtal.....

Urine *Normale*

Complications.....

Apparition des premières douleurs *le 21 juillet à 2 heures du matin*

Entrée à la salle d'accouchement *le 21 juillet à 3 h 1/2 soir*

Dilatation.....

A l'entrée dans la salle *2. fœt.*

Complete.....

Rupture des membranes à *6 heures du soir le 21 juillet*

Liquide amniotique.....

Présentation et position *O I O A* Engagement.....

Battements du cœur fœtal *Bon*

Accouchement.....

Date et heure *le 21 juillet à 8 heures 30 du soir*

Terminaison.....

Mode.....

Position *O P*

A terme ou avant terme *12 heures 1/2*

Durée du travail.....

Accidents et complications.....

État du Périnée *Intact*

Heure *21 juillet 9 heures du soir*

Délivrance.....

Mode *Naturel*

Complications.....

ENFANT

Sexe *Fille*

État physique.....

État général *bon*

Poids *2.550 gr.*

Longueur totale *43*

Bosse céphalo-sanguine.....

Particularités.....

SUITES DE COUCHES

T. 37.3

OBSERVATIONS

ANNEXES DU FŒTUS

Poids *510 gr.*

Placenta.....

Lésions.....

Particularités.....

Cordon.....

Longueur *71 cm.*

Particularités.....

MEMBRANES: Complètes-Déchirées-Incomplètes

DIAMÈTRE DE LA TÊTE:

O.M. *12.5*

O.P. *11.4*

S.O.B. *9.2*

B.P. *9*

B.T. *7.9*

SORTIE:

Mère.....

Date *21 juillet*

État *bon*

Enfant.....

Date *21 juillet*

État *bon*

Poids *2.500*

elle se fait des injections vaginales chaudes, ses pertes s'arrêtent. Bientôt après, elle voit enfler ses jambes.

Elle entre dans le service de M. le D^r Rendu le 14 mars 1896.

La malade, qui a beaucoup maigri, est d'une extrême faiblesse; ses traits sont tirés, son facies est pâle et décharné. Elle souffre de douleurs abdominales et rénales. Insomnie persistante. Dyspnée. Tendance aux lipothymies. Pas de fièvre.

Le ventre est très volumineux. Ascite abondante. La cicatrice ombilicale est refoulée par le liquide. Sensibilité à la pression, même dans la région supérieure à l'ascite. OEdème énorme de la peau du bas-ventre et des grandes lèvres. Pas de dilatation des veines sous-cutanées abdominales.

Par la palpation, on sent une masse de consistance dure et inégale, étendue à toute la moitié gauche et inférieure de l'abdomen. En un point, situé un peu à gauche et au-dessous de l'ombilic, on a, en déprimant brusquement la paroi abdominale, une sensation de ballonnement fournie par une tumeur dure et mobile. Plus bas, dans la fosse iliaque gauche, on sent un plastron induré, immobile, douloureux à la pression, qui donne la sensation d'un gâteau sous-péritonéal. A droite, rien de net.

Le toucher vaginal est très difficile à pratiquer; il est très douloureux, et la malade, qui est assise dans son lit, étouffe dès qu'elle cherche à s'étendre. Par ce toucher, on voit que le col ne fait pas saillie au fond du vagin; il est gros et œdémateux.

L'utérus est abaissé et immobilisé par des masses dures qui effacent presque entièrement les culs-de-sac vaginaux.

Les membres inférieurs sont œdématisés dans toute leur étendue.

On ne trouve rien de particulier du côté du foie et des reins. Les urines, peu abondantes, sont très chargées en urates et en phosphates, mais ne contiennent pas d'albumine.

Du côté de la poitrine, on ne trouve rien qui puisse expliquer la dyspnée, ni épanchement, ni râles. La gêne respiratoire est de cause purement mécanique et est due au refoulement du diaphragme.

Les battements du cœur sont un peu faibles. Ni souffle, ni bruit morbide d'aucune espèce.

Le 18 mars, on ponctionne l'ascite et on retire 9 litres d'un liquide clair, non sanguinolent, mais fortement albumineux. La palpation devient alors très facile et l'on peut constater la présence de tumeurs multiples, les unes volumineuses, les autres petites, dont les unes sont mobiles tandis que les autres adhèrent profondément à un large gâteau induré qui est surtout développé à gauche.

Le soulagement que procure cette ponction est de courte durée. La dyspnée reparait bientôt aussi marquée qu'avant. La malade souffre d'étouffements continuels et se plaint de douleurs très vives au creux de l'estomac et dans les reins. Elle refuse les piqûres de morphine et, par ses plaintes et ses gémissements, empêche ses voisines de dormir.

Elle ne mange et ne boit presque pas, a de fréquents vomissements et devient bientôt d'une maigreur effrayante.

Le liquide ne s'est reproduit qu'en petite quantité, mais les masses néoplasiques augmentent rapidement. Au

niveau de l'ombilic, la petite hernie liquide du début a fait place à un noyau induré.

Malgré tout ce que l'on fait pour soutenir la malade, la cachexie fait de rapides progrès. Des douleurs intercostales apparaissent, la malade se met à tousser et rend quelques crachats purulents. La diarrhée s'établit. Au niveau du pli inguinal droit, un ganglion s'enflamme, s'ouvre au dehors et suppure abondamment et la malade meurt le 7 mai après une nuit très agitée, ayant conservé sa connaissance presque jusqu'aux derniers moments.

AUTOPSIE

A l'ouverture de la cavité abdominale, il sort 3 à 4 litres d'un liquide sanguinolent. On tombe sur un gigantesque plastron recouvrant les anses intestinales et descendant jusqu'au niveau du petit bassin.

Cette coque est formée par le grand épiploon transformé en une énorme masse néoplasmique. On peut la soulever comme un volet; on trouve au-dessous les anses de l'intestin grêle et, au niveau du petit bassin, remplissant toute la partie gauche de ce dernier et une partie de la fosse iliaque gauche, une masse du volume d'une tête d'adulte à laquelle l'utérus est accolé et sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Le *grand épiploon* présente en certains points une épaisseur de 3 centimètres et demi. Il est formé d'un tissu blanchâtre assez mou et dont on fait sourdre par raclage une assez grande quantité de suc cancéreux.

Gros intestin. — L'examen de la surface interne du rectum, de l'S iliaque, du côlon, du cæcum, montre que la muqueuse de ces parties est normale. La valvule iléo-cæcale est normale, mais le péritoine qui recouvre le

gros intestin est infiltré de noyaux cancéreux. L'appendice est enchatonné par une masse cancéreuse. Sa cavité est libre et sa muqueuse est saine.

Intestin grêle. — Muqueuse normale. Le péritoine présente les mêmes lésions que celui qui recouvre le gros intestin.

Mésentère. — Il est rempli de ganglions néoplasiques et les ganglions au niveau de son insertion sont infiltrés de cancer.

Adhérences nombreuses entre les différentes anses intestinales.

Estomac. — Le péritoine de la face antérieure de l'estomac présente de petites trainées lymphangitiques anciennes.

La muqueuse stomacale, les orifices du cardia et du pylore sont absolument sains. Les ganglions de la petite courbure de l'estomac sont énormes et complètement transformés en tissu cancéreux.

Foie. — Volume normal. Le péritoine qui le recouvre est lisse, excepté au niveau du bord postérieur où il adhère au diaphragme par l'intermédiaire de petites plaques cancéreuses. Sur une section on trouve, çà et là, quelques noyaux cancéreux disséminés et variant comme volume d'une noisette à un petit œuf de poule.

Les gros noyaux sont surtout situés au niveau du bord postérieur. Les ganglions du hile ne sont pas notablement tuméfiés. Pas de lithiase biliaire.

Pancréas. — Sain. Le péritoine qui le recouvre présente quelques nodules cancéreux, mais la glande est saine dans toute son étendue.

Rate. — Petite, molle, ratatinée, ne présente pas de

lésions macroscopiques notables. Coupe : tissu normal.

Reins. — Du côté gauche (côté de la tumeur), l'uretère est un peu épaissi; la partie supérieure (bassinets) présente une brusque dilatation du volume d'un œuf de pigeon. La muqueuse de ces parties est saine.

Le rein gauche a un volume normal, se décortique très facilement; sa surface est lisse.

Les deux substances, corticale et médullaire, présentent un volume respectif normal. Les calices sont légèrement dilatés.

Du côté droit, l'uretère et le bassinets ne sont pas sensiblement dilatés. Le reste de l'organe est normal.

Diaphragme. — Est épaissi, dur — épaisseur d'environ 8 à 10 millimètres. — Sur sa face pleurale, on trouve de très fines granulations blanches. La face péritonéale présente au contraire de gros nodules blanchâtres cancéreux.

Sur une coupe, on voit que l'hypertrophie tient surtout à l'épaississement néoplasique du péritoine qui recouvre la face inférieure du diaphragme. On voit aussi à travers le muscle des traînées blanches réunissant la plèvre au péritoine. Adhérences entre la face inférieure des poumons et la plèvre diaphragmatique.

Poumon gauche. — Adhérences celluleuses formant une symphyse pleuro-pulmonaire assez facilement détachable.

Coupe : pas de noyaux de pneumonie, ni de broncho-pneumonie; pas de tuberculose des sommets. Légère congestion œdémateuse. Pas de noyaux néoplasiques dans l'intérieur du poumon.

Sur la plèvre diaphragmatique, on trouve, çà et là, quelques placards blanchâtres, lobulés, qui sont formés

par un épaississement de la séreuse et qui sont néoplasiques, comme le démontrera l'examen microscopique.

Poumon droit. — Ça et là, quelques fausses membranes peu nombreuses.

Sur la face externe du poumon, particulièrement au niveau de la partie inférieure et sur la plèvre diaphragmatique, on trouve des traînées blanchâtres s'anastomosant les unes avec les autres, présentant en certains points de petites varicosités qui donnent tout à fait l'aspect d'une lymphangite cancéreuse sous-pleurale.

Coupe : rappelle celle du poumon gauche ; le lobe inférieur est cependant beaucoup plus congestionné ; il est splénisé et plonge dans l'eau.

Les ganglions du hile pulmonaire ne sont pas notablement tuméfiés.

Cœur. — A l'ouverture du péricarde, il ne s'écoule pas de liquide. Pas de péricardite, pas de noyaux néoplasiques sur la séreuse.

Le cœur a un volume moyen, il est flasque, mou. Pas de lésion valvulaire.

Examen du kyste extra-utérin. — Revenons maintenant à la tumeur qui remplissait, chez cette femme, une grande partie du petit bassin, faisant une saillie considérable dans la fosse iliaque gauche. On la voit sur la figure 1, page 32, formant une masse sphérique ayant, comme nous l'avons dit, les dimensions d'une tête d'adulte. Ses deux tiers supérieurs sont recouverts par le péritoine, infiltré de noyaux cancéreux (fig. 1, κ'κ²). Le bas-fond de la vessie (fig. 1, v) adhère à sa partie antérieure, inférieure et droite. L'utérus (fig. 1, u), que le

kyste a déjeté à droite, lui est intimement accolé et présente une latéro-flexion très accusée; l'axe du corps formant, avec celui du col, un angle ouvert à droite. Cette latéro-flexion ne se voit pas sur la figure, où la section de la paroi antérieure de l'organe, faite à l'aide de ciseaux, n'intéresse que le col et la partie la plus inférieure du corps utérin. Le col est infiltré de cancer sur toute sa hauteur; il présente une hypertrophie considérable. Sa longueur est de 71 millimètres, alors que la distance qui sépare le fond de la cavité utérine de l'orifice cervical interne n'est que de 43 millimètres.

En O on voit la saillie qui répond à l'ovaire droit hypertrophié et atteint de dégénérescence cancéreuse.

L'ensemble de la pièce que représente la figure 1 pèse 1,870 grammes.

La section du kyste a été faite à l'aide d'une scie à main suivant la ligne SS' (fig. 1).

En examinant les tranches de section des deux moitiés ainsi obtenues (fig. 2 et 3), on voit que ce kyste contient un fœtus fortement replié sur son plan ventral, et on est immédiatement frappé de la manière parfaite dont certains tissus sont conservés, en particulier le tissu musculaire, rappelant, comme nous le disions dans notre avant-propos, tout à fait ce que l'on rencontre chez un fœtus frais mort.

Sur ces coupes, la tête offre un aspect étrange, qui tient en partie à l'aplatissement que présente la face, mais surtout à ce que la section qui, par rapport au fœtus, est antéro-postérieure, n'est pas en même temps verticale et médiane; elle est fortement oblique et, partant de la tempe gauche, se dirige en bas et à droite, de ma-

nière à ressortir au niveau de la partie externe de la fesse droite (fig. 5 et 6).

. Notons encore l'extrême aplatissement de la cavité thoracique dont la paroi antérieure est devenue concave. Pour les autres détails, nous renvoyons le lecteur aux légendes qui accompagnent les figures 2 et 3.

En cherchant à séparer chacune des moitiés du fœtus de ses enveloppes, on voit que les membranes lui adhèrent assez solidement pour entraîner la peau en certains points. Il en a été ainsi au niveau de l'avant-bras, du bras, de l'épaule et de la fesse gauches, comme on le voit nettement sur la figure 5.

Sur la partie inférieure et droite de la pièce, ce sont, au contraire, les membranes qui sont restées accolées au fœtus, et on les voit, sur la figure 4, recouvrir toute la moitié droite du tronc et masquer les membres du même côté. Cette figure permet également de se rendre compte de l'aplatissement considérable qu'offre le crâne suivant son diamètre sous-occipito-bregmatique. Les pariétaux, surtout le droit, chevauchent énormément sur l'écaille occipitale.

Sur la figure 5, on voit les deux moitiés du fœtus qui, après avoir été dépouillées de leurs enveloppes, ont été de nouveau réunies, de manière à ce que l'on puisse se rendre compte de l'attitude qu'avait l'enfant. Le plus grand diamètre de la masse ainsi formée par le fœtus est de 176 millimètres, la plus grande circonférence, de 495 millimètres, son poids, de 4,181 grammes.

On voit qu'il s'agit d'une fille. La colonne vertébrale présente une incurvation très accusée en avant. La tête est fortement fléchie. (L'œil gauche n'est pas en z, mais

en o. Voir fig. 5 et 6.) La main droite est située au niveau de la partie supérieure et droite du front. Immédiatement au-dessous, l'on aperçoit l'étrange déformation que présente le pied droit. La figure permet de se rendre facilement compte de l'attitude des membres gauches. En Mg, on voit la main de ce côté, qui est fortement déjetée sur son bord radial et dont les doigts sont masqués par des restes de membranes. L'extrémité de cette main répond au bord postérieur de l'oreille gauche.

Sur la figure 6, les membres ont été écartés pour permettre de voir la face du fœtus.

Dans le kyste, le fœtus n'est pas orienté comme il l'est sur la figure 5. La tête fait partie de la moitié inférieure et droite de la pièce (fig. 4, κ¹). L'extrémité céphalique du fœtus est dirigée en bas, et, comme la tête est fléchie et le dos légèrement tourné en arrière et à droite, on peut dire que l'attitude générale est celle d'un fœtus se présentant en ODP.

Si, après avoir examiné le contenu, nous examinons maintenant le contenant, nous voyons que la partie la plus inférieure de la cavité du kyste, située, comme nous l'avons vu, en arrière de la vessie, en arrière et à gauche de l'utérus et qui plongeait dans le petit bassin, se trouve exactement au niveau de l'orifice externe du col. En ce point répondait le λ fœtal.

Les parois du kyste se laissent assez facilement détacher des parties qui leur adhèrent extérieurement et sont, en certains endroits, nettement infiltrées de sels calcaires. La rigidité de ces parties, ainsi infiltrées, contraste avec la souplesse que les parois kystiques ont conservée en d'autres points. En insistant pour les plier, elles se cassent.

L'épaisseur de ces parois n'est, sur la plus grande partie de leur étendue, que de quelques millimètres. En un point cependant, elles ont une épaisseur plus considérable ; l'examen microscopique prouvera que c'est celui où siègent les restes du placenta.

L'examen macroscopique de la pièce et les rapports du kyste avec l'utérus font déjà penser que, dans notre cas, il s'agit d'une grossesse tubaire.

A l'aide d'un petit fil de fer souple et émoussé du bout, nous essayâmes de faire le cathétérisme de la trompe gauche en faisant pénétrer notre fil de fer par l'orifice utérin. Après quelques tâtonnements, et sans y mettre de violence, nous fîmes cheminer notre cathéter qui fut bientôt arrêté. Examinant alors le kyste par sa face interne, nous vîmes la légère saillie produite par l'extrémité du fil de fer repoussant les membranes en un point distant de 2 centimètres et demi environ de l'orifice utérin de la trompe gauche. Sans attacher une importance exagérée à ce fait, il était également en faveur de l'hypothèse de grossesse tubaire.

L'examen microscopique des coupes que notre maître M. Varnier fit pratiquer en différents points de la paroi, vint transformer ces probabilités en certitude.

Examen microscopique. Notre collègue et ami, le Dr Durante, chef de laboratoire à la Maternité, a bien voulu examiner ces coupes, et nous lui laissons la parole pour décrire ce qu'il a vu sur celle où l'on retrouve des restes du placenta.

« En examinant cette préparation, on voit que la paroi du kyste peut être, pour la clarté de l'exposition, divisée en quatre couches.

« La plus externe ne présente pas, en dehors, de revêtement péritonéal, mais est limitée par les restes des adhérences qui ont dû être rompues en prenant la pièce. Elle est formée de tissu conjonctif largement infiltré de cancer. Les éléments néoplasiques se présentent sous forme de cellules polygonales infiltrant les espaces lymphatiques, soit sous l'aspect d'amas formant de véritables nodules donnant l'apparence d'un cancer alvéolaire et dans lesquels on retrouve également parfois des éléments nettement cylindriques.

« Plus en dedans, on voit une deuxième couche fibro-musculaire dans laquelle on peut distinguer deux portions. Dans la plus externe existent de nombreuses fibres musculaires lisses perpendiculaires à la coupe, fibres divisées en fascicules secondaires et séparées par une zone de tissu conjonctif lâche de la portion la plus interne de cette couche formée par des fibres musculaires lisses parallèles à la coupe et arrivant au contact des zones les plus internes dont il nous reste à parler. L'infiltration cancéreuse s'observe également dans cette couche fibro-musculaire, qu'elle envahit jusqu'aux fibres longitudinales, respectant absolument les deux couches plus profondes.

« Dans la couche la plus interne, on retrouve à peu près au complet les différentes portions d'un placenta. Elle est limitée en dedans par une membrane relativement mince ondulée où l'on ne retrouve plus de revêtement épithélial et paraissant représenter la partie la plus interne du chorion, dont le revêtement allantordien a plus ou moins complètement disparu. Au-dessous existe une épaisse membrane se colorant en rouge foncé par le picro-carmin; cette membrane est parsemée de larges vaisseaux entourés de tissu conjonctif un peu plus jeune; quelques-uns de ces vaisseaux sont oblitérés par de la fibrine. Enfin dans cette membrane et dans la paroi des vaisseaux il existe parfois des granulations hématiques, traces de vieilles hémorragies. Cette portion présente par conséquent tout à fait l'aspect d'un chorion scléreux semblable à ceux que l'on observe dans les vieux placentas retenus et dans les environs de certains gros noyaux thrombotiques placentaires. Au-dessous se retrouvent nettement les villosités dégénérées tassées les unes contre les autres. Les vaisseaux vilieux, quoique oblitérés sont encore reconnaissables. Il existe quelques noyaux cellulaires dans le mésoderme. La péri-

phérie de la villosité est dessinée par une zone plus foncée d'inégale épaisseur qu'il faut, croyons-nous, regarder plutôt comme de la fibrine altérée que comme du syncytium dégénéré. Dans la partie la plus profonde de cette couche, les villosités prennent un aspect fibreux. Leurs noyaux disparaissent ainsi que leurs vaisseaux et la fibrine interstitielle mieux organisée prend déjà un aspect fibreux.

« Entre la couche fibro-musculaire et ces villosités dégénérées existe une couche intermédiaire, criblée de corps irrégulièrement arrondis, très réfringents, incolores, calcifiés et présentant par place des granulations et même des gouttelettes graisseuses. Ces corps remplissent des lacunes creusées au milieu d'un tissu conjonctif fasciculé et dont la nature est difficile à élucider sur les coupes dont nous avons pu disposer. Il se pourrait que quelques-uns représentent les attaches les plus profondes des villosités dégénérées, mais il est plus probable qu'il s'agit ici, soit de sinus profonds de la caduque, comblés par de la fibrine en dégénérescence, soit peut-être de culs-de-sac glandulaires dont les éléments desquamés et altérés pourraient donner lieu à ces masses en partie graisseuses et en partie en transformation calcaire. Dans cette zone intermédiaire existent également des trainées de pigment sanguin, mais on n'y observe pas trace d'infiltration cancéreuse, celle-ci étant en effet limitée aux couches les plus périphériques.

« En résumé, on peut dire que cette paroi du kyste est constituée en dehors par une épaisse tunique fibro-musculaire envahie par le néoplasme, en dedans par un placenta dégénéré ayant tous les caractères du placenta longtemps retenu; entre ces deux parties, existe une couche intermédiaire, conjonctive, indemne de néoplasme, semée d'éléments en voie de dégénérescence calcaire et graisseuse et qui semble correspondre à la partie de la caduque où, normalement, aurait dû se faire le décollement de l'œuf.

« La disposition des fibres musculaires en deux couches et l'abondance du tissu conjonctif nous portent à croire qu'il s'agit bien ici d'une grossesse tubaire. Quant au néoplasme, il ne présente aucun des caractères des tumeurs originaires de l'œuf. Si l'on considère d'autre part que l'infiltration cancéreuse ne siège que dans les tuniques externes du kyste et qu'elle est d'autant moins marquée que l'on se rapproche des couches plus profondes,

et enfin qu'elle respecte absolument la zone séparant la paroi tubaire proprement dite des débris placentaires, nous croyons que l'on peut affirmer qu'il s'agit ici d'un cancer ayant un point de départ éloigné, probablement le col de l'utérus si l'on s'en rapporte à sa forme histologique. »

Sur ce dernier point, l'opinion du D^r Durante est entièrement confirmée par les examens microscopiques qu'a faits d'autre part notre excellent ami, le D^r René Marie, préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine, qui avait déjà eu l'amabilité de faire avec nous l'examen macroscopique des divers organes et qu'il résume de la façon suivante :

« Nous avons examiné plusieurs des énormes masses néoplasiques qui infiltraient le péritoine viscéral et le grand épiploon, plusieurs noyaux du foie, du diaphragme et de la surface des plèvres. Partout nous avons rencontré le même type cellulaire. Le diagnostic anatomique est celui de carcinome à cellules polygonales et cylindriques.

« Au niveau des poumons, les lymphatiques sous-pleuraux sont remplis, comme injectés d'éléments néoplasiques. Il s'agit là d'une lymphangite cancéreuse sous-pleurale. Les fibres musculaires du diaphragme sont dissociées par les éléments cancéreux. Le transport des éléments de la cavité abdominale à la cavité thoracique semble s'être fait par l'intermédiaire des lymphatiques du diaphragme.

« Le point de départ de ces métastases cancéreuses est certainement le col utérin, au niveau duquel nous avons trouvé une infiltration d'éléments néoplasiques identiques à ceux des noyaux secondaires. »

FIGURES

Les six figures suivantes représentent :

1° L'ensemble du kyste vu par sa face antérieure ;

2° La partie supérieure et gauche du kyste, dont on voit la tranche de section ;

3° La partie inférieure et droite du kyste, dont on voit la tranche de section ;

4° Les déformations subies par le crâne du fœtus et les parties de ce dernier, qui sont marquées par des restes de membranes ;

5° Le fœtus, dont les deux moitiés ont été réunies pour que l'on puisse se rendre compte de son attitude ;

6° Le fœtus, dont les membres ont été écartés pour permettre de voir sa face.



FIGURE 1.



FIGURE 1 (réduction 5/9).

Face antérieure de la pièce, à laquelle on a fait subir une légère torsion de droite à gauche pour que l'on puisse mieux voir l'utérus, très déjeté à droite par le kyste fœtal et fendu suivant sa longueur.

- K¹ K², kyste fœtal; le péritoine qui le recouvre est infiltré de noyaux cancéreux.
- S S, ligne de section faite avec la scie.
- O, saillie qui répond à l'ovaire droit, hypertrophié et atteint de dégénérescence cancéreuse.
- V, partie postérieure et bas-fond de la vessie; Z, orifice vésical de l'urètre dans lequel une épingle a été introduite; Y Y', orifices des urètres; un petit fil de fer pénètre dans l'urètre droit.
- X X', partie postérieure du vagin fendu suivant sa longueur; X, partie du vagin restée en place et fixée par une épingle; X', partie du vagin qui a été fortement portée à droite de manière à faire bâiller la section longitudinale faite sur l'utérus.
- U, utérus; on n'aperçoit sur la figure, au-dessus de la lettre U, que la partie la plus inférieure de la cavité utérine.
- C, col utérin; E, son orifice externe.



FIGURE 2.

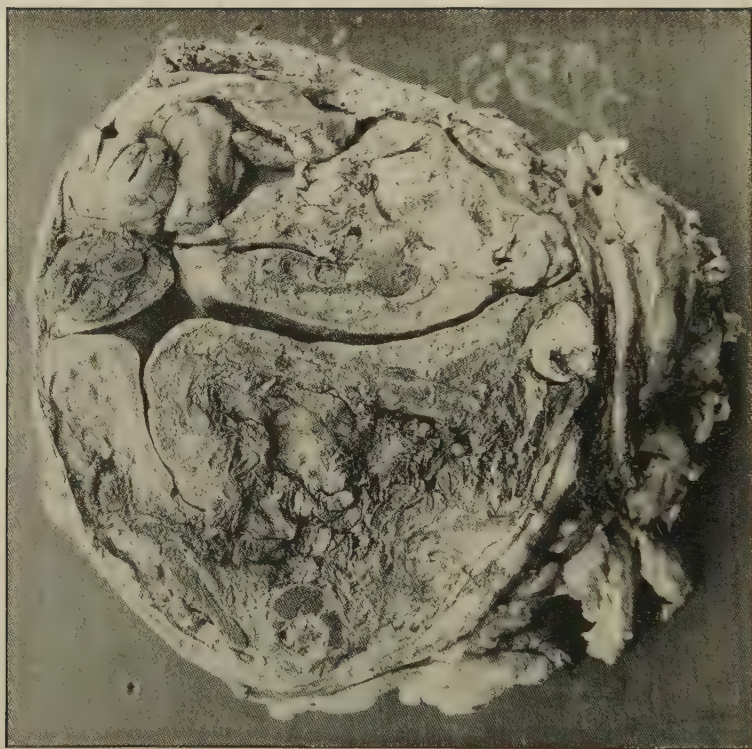


FIGURE 3.

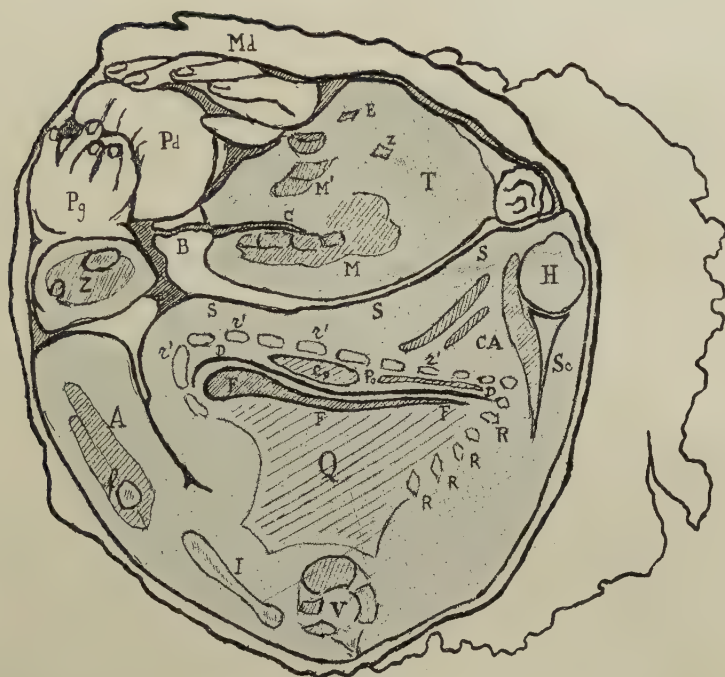


FIGURE 3 (réduction 4/7).

Partie inférieure et droite de la pièce (K¹, fig. 1) dont on voit la section sur la figure.

- T, tête du fœtus; B, sa bouche; C, sa cavité buccale.
- M, maxillaire inférieur; M', maxillaire supérieur au-dessus duquel se trouve l'œil gauche; Z, apophyse zygomatique du temporal gauche.
- E, apophyse orbitaire externe du frontal.
- S S S, sillon qui sépare la tête de la partie antérieure et supérieure du thorax fortement déprimé.
- H, coupe de la tête humérale gauche; Sc, omoplate gauche.
- C A, creux axillaire en avant duquel se voit la coupe des muscles pectoraux; en arrière, celle du sous-scapulaire.
- R R R R, coupe des côtes; r' r' r' r', cartilages costaux.
- D D D, diaphragme; Co, cœur; Po, poumons.
- F F F, bord gauche du foie; Q, masse intestinale.
- V, coupe de la colonne vertébrale.
- I, os iliaque droit; A, partie supérieure et interne de la cuisse droite où l'on voit la coupe des muscles adducteurs; f, fémur.
- Z, coupe de la jambe gauche immédiatement au-dessus de son cou-de-pied; Pg, pied gauche.
- Pd, pied droit qui est très déformé et déjeté en dedans.
- Md, main droite.

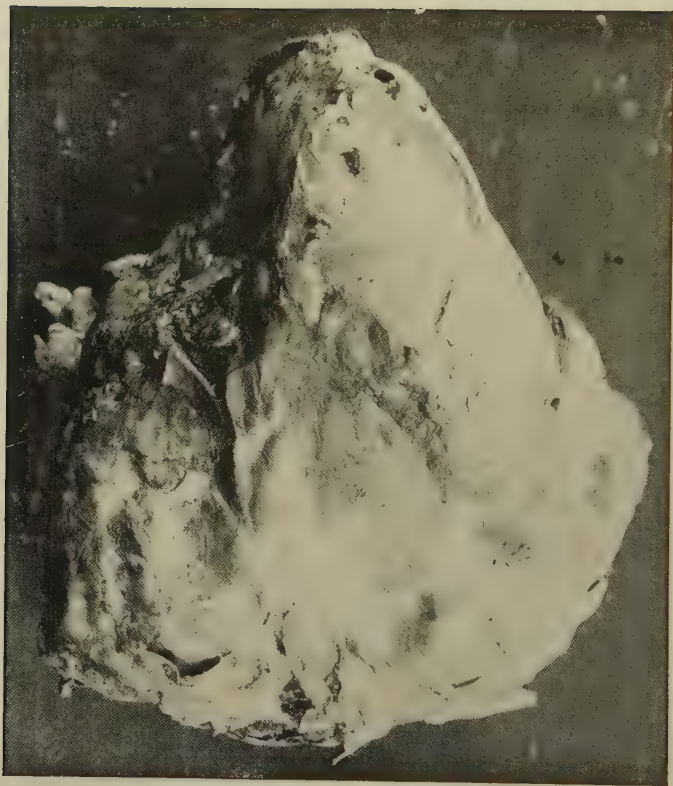


FIGURE 4.

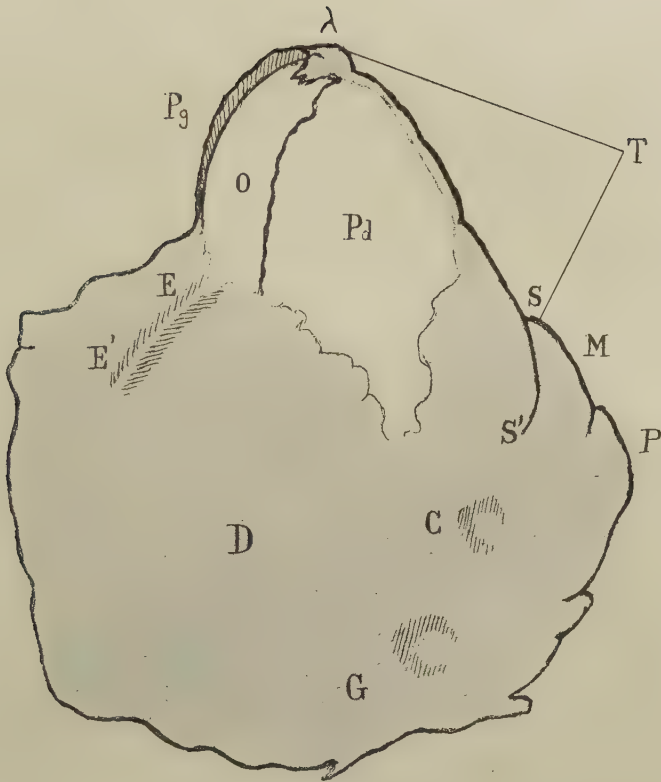


FIGURE 4 (réduction 1/2).

Partie inférieure et droite de la pièce disposée de manière à ce que l'on puisse voir les déformations qui existent au niveau du crâne (K', fig. 1). L'enveloppe du kyste a été enlevée.

— T, Tête fœtale fléchie; crâne déformé, fortement aplati d'avant en arrière; le pariétal droit Pd et le pariétal gauche Pg chevauchent sur l'occipital O; d, fontanelle postérieure.

— S S', sillon qui sépare le rebord supérieur des cavités orbitaires de l'avant-bras droit que le fœtus a transversalement placé devant les yeux.

— En C, on devine le coude, à travers ce qui reste des membranes fœtales qu recouvrent le fœtus et lui adhèrent.

— Le membre inférieur droit est relevé au-devant du plan ventral du fœtus; en G, on voit la saillie formée par le genou; la jambe est parallèle à l'avant-bras; le point P correspond au cou-de-pied droit M répondant au poignet droit.

— D, région correspondant à la partie droite du tronc.

— E E', saillie formée par les apophyses épineuses des vertèbres cervicales et dorsales supérieures.



FIGURE 5.

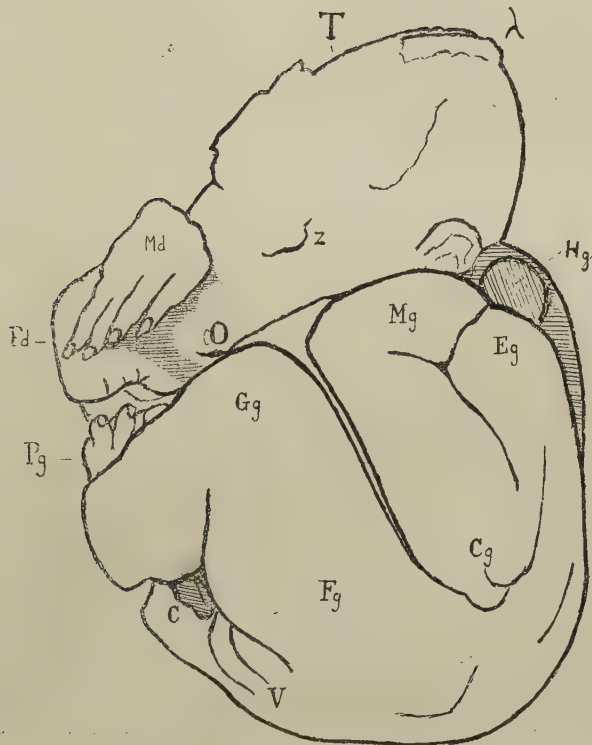


FIGURE 5 (réduction 1/2).

Fœtus dépouillé de ses enveloppes (décortication pénible) dont les deux moitiés ont été réunies et disposées de manière à ce que l'on puisse voir son attitude.

— La tête T est fortement fléchie; d, fontanelle postérieure; la main droite Md est située au niveau du front, au-dessus du pied droit Pd, qui est très déformé.

— L'œil gauche est en O et non en Z, comme on pourrait le supposer; en Z, les téguments ont été entamés en séparant le fœtus de ses enveloppes.

— Eg, épaule gauche; Hg, coupe de la tête humérale gauche; Cg, coude gauche; Mg, main gauche fortement déjetée sur son bord radial.

— Fg, fesse gauche; Gg, genou gauche; Pg, pied gauche.

— V, vulve; C, cordon ombilical.



FIGURE 6.



FIGURE 6 (réduction 1/2).

Partie inférieure et droite de la pièce dépourvue de ses enveloppes. L'on a écarté les membres pour permettre de voir la face du fœtus.

On voit comme la jambe droite est relevée au-devant du plan ventral et comme elle monte parallèlement au bras droit.

— Pd, pied droit très déformé; il est fortement déjeté en dedans.

— Pg, pied gauche; V, coupe de la colonne vertébrale; E, coupe de la tête humérale gauche.

OBSERVATIONS

TROUVÉES DANS LA LITTÉRATURE MÉDICALE

Pour ne pas multiplier le nombre des divisions, nous avons classé ces 126 observations, 127 en y ajoutant la nôtre, en deux catégories :

1° Tous les cas de grossesses utérines survenues après la grossesse extra-utérine non opérée et qui sont au nombre de 93.

2° Tous les cas de grossesses utérines survenues chez des femmes dont la grossesse ectopique avait été traitée chirurgicalement. Nous en avons retrouvé 34.

Dans la première de ces deux catégories, nous avons fait rentrer :

78 cas où l'on n'était pas intervenu ;

10 où la grossesse extra-utérine n'avait été traitée que par l'électricité ;

Et 3 où on n'a eu recours qu'aux injections intra-kystiques.

Dans la seconde, se trouvent :

31 cas où la laparotomie avait été pratiquée.

3 observations de femmes chez lesquelles, après avoir essayé d'un traitement conservateur, on a dû recourir ultérieurement à l'élytrotomie et enfin un cas où, avant la grossesse nouvelle, le fœtus avait été extrait par le rectum.

Parmi ces 127 femmes, il en est qui, depuis leur grossesse ectopique, ont eu plusieurs grossesses utérines. Si l'on additionne toutes ces grossesses consécutives, on arrive au chiffre de 188.

GROSSESSES UTÉRINES SURVENUES

APRÈS LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE NON OPÉRÉE

I

Observations

**des femmes chez lesquelles les grossesses utérines
consécutives n'ont rien présenté de particulier.**

Ces cas heureux sont au nombre de 37. Ce sont, comme on le voit, les moins fréquents. Chez 25 de ces femmes, on n'avait fait aucune intervention pendant le cours de la grossesse extra-utérine. Ce sont ces observations que nous donnerons tout d'abord.

Nous devons commencer par citer la femme du village de Leinzell dont l'observation est la première que l'on ait publiée de grossesse utérine, consécutive à une grossesse ectopique non opérée.

OBSERVATION 1.

BOULDUK (*Histoire de l'Académie royale des sciences, 1721*).

« Observation sur un enfant qui est resté pendant quarante-six ans dans une des trompes de la matrice, ce qui n'empêcha pas que la mère n'accouchât deux fois heureusement pendant ce temps-là. »

Anne Mullerin, née en 1626, à Leinzell, village de Souabe, dans le duché de Wurtemberg, femme d'une constitution maigre et sèche, d'ailleurs gaie et d'une bonne santé, eut à l'âge de quarante-huit ans tous les signes de grossesse, et enfin les douleurs, qui lui durèrent sept semaines, mais sans se terminer par un accouchement. Elle fut délivrée par les bains d'Aalen, mais non pas de la tumeur qu'elle avait cru être un enfant. Cette tumeur lui dura toujours, sans augmenter, et sans lui causer de douleurs, mais seulement l'incommodité d'un grand fardeau. Avec ce gros ventre, qui était parfaitement celui d'une femme enceinte, elle ne laissa pas de le devenir encore et elle eut de suite deux enfants qui se portèrent fort bien. Elle fut veuve en 1680 et elle a survécu à son mari quarante ans pendant lesquels elle a toujours prétendu être grosse et enfin, en 1720, elle ordonna en mourant qu'on l'ouvrit, curieuse que l'on sût ce que c'était que sa grossesse de quarante-six ans.

Le chirurgien du village qui l'ouvrit avec peu d'adresse et de précaution, lui trouva dans le ventre une masse ronde, grosse comme une boule à jouer aux quilles, sans remarquer précisément où elle était située; et, comme cette boule était dure, il l'ouvrit d'un coup de hache. Ce fait fut écrit d'Allemagne à Madame qui eut la bonté de le faire communiquer à l'Académie par M. Boulдук.

M. Camerer, professeur en médecine à Tubingue, dont l'Académie a vu une lettre sur ce sujet, examina avec soin la grosse masse; telle qu'elle était au sortir des mains du chirurgien. On n'y a point touché depuis, parce qu'on la veut conserver en l'état où elle est, pour le cabinet de M. le duc de Wurtemberg. Elle contient un fœtus très visible dans la plus grande partie de la

moitié supérieure du corps; le reste est caché. La tête est très difforme et la poitrine fort aplatie. Il n'a aucune mauvaise odeur. et cependant ses parties sont encore très flexibles; car, s'il était pétrifié, il serait moins étonnant qu'il ne sentit rien. Pour l'enveloppe qui l'enferme, et qui était certainement son placenta, elle est très cartilagineuse ou même osseuse, et d'une grande dureté, hormis dans l'endroit où elle était attachée à quelque partie du bas-ventre; là, elle est plus molle et elle tenait à une chair épaisse et vermeille. M. Camerer prétend avec beaucoup de raison que ce fœtus était dans une des trompes, puisque dans le temps que la mère le portait, elle a eu deux enfants qui ont dû être dans la matrice, et qui ne s'y seraient pas accommodés avec ce frère aîné assez grand pour la remplir tout entière. La trompe demeurée libre aura fourni le passage aux deux œufs qui sont venus à bien.

Le fameux enfant de Toulouse, qui n'a été porté que vingt-sept ans, le cède de beaucoup à celui-ci.

Cette observation se trouve dans la thèse de Schuhl ainsi que celles de cinquante autres femmes. Pour ces dernières, nous renverrons presque toujours aux tableaux que nous avons placés à la fin de ce travail et où on les trouvera résumées. Il en est cependant plusieurs que nous avons publiées au contraire avec plus de détails en ayant retrouvé le texte original, quand Schuhl, ne les ayant connues que par des comptes rendus, n'en avait donné qu'un résumé par trop sommaire. Ces observations sont d'ailleurs peu nombreuses.

OBSERVATION 2.

STARKEY MIDDLETON (*Phil. transact.* 1747, n° 484, vol. XLIV, p. 617) et SMELLIE, *Obs. sur les accouch.*, trad. par M. de PRÉVILLE, t. II, p. 92, 1756). SCHUHL, Voir tableau I.

« Histoire d'un enfant tiré du ventre de sa mère après y être

resté plus de seize ans, pendant lequel temps sa mère mit au monde quatre autres enfants qui sont tous nés vivants. »

OBSERVATION 3.

Transactions philosophiques, 1756, t. I, *The Lancet*, 1828, t. II, p. 307. SCHUHL. Voir tableau I.

Un accouchement.

OBSERVATION 4.

BÆNISCH (*Hufeland's Journ. der praktischen Heilkunde*, 1821, Heft, I. S. 52. — *Arch. f. Gyn.*, t. XVII, p. 184.) SCHUHL. Voir tableau I.

Deux accouchements pendant une grossesse extra-utérine ancienne qui a duré sept ans.

OBSERVATION 5.

DAYNAC (*Thèse*, Paris, 1825, p. 16.) SCHUHL. Voir tableau I.

Deux accouchements normaux.

OBSERVATION 6.

D^r BACCHETTI ONORATO (*Gaz. des Hôpitaux*, 24 oct. 1844.) SCHUHL. Voir tableau I.

Deux accouchements normaux.

OBSERVATION 7.

EDWARD WHINNERY (*Am. journ. of med. sciences*, Avril 1846, p. 351. — *Ann. de Gyn.*, Janvier 1883, p. 56.) SCHUHL. Voir tableau I.

Grossesse gémellaire intra et extra-utérine combinées. Rétention du fœtus extra-utérin. Grossesse utérine postérieure.

OBSERVATION 8.

HEISE (*Northwest, M. SS. J.*, Chicago, 1856-7, XIII, 376-378).

Grossesse extra-utérine durant depuis quatre ans. La patiente, dans cet intervalle, eut deux enfants vivants et bien portants.

OBSERVATION 9.

DAVID JOHNSTON (*Gaz. méd. de Paris*, 1857, p. 304.)

SCHUHL. Voir tableau I.

Un accouchement normal à terme.

OBSERVATION 10.

FABBRI (BOLARD, *Thèse*, Strasbourg, 1866, p. 52. — *Mem. Acad. scien. di Bologna*, 1862, XII, 457.) SCHUHL. Voir tableau I.

Deux grossesses normales.

OBSERVATION 11.

POLATSCHECK (*Boehm-certzll. Corr. Bl.*, déc., 1875.)

SCHUHL. Voir tableau I.

Deux grossesses normales.

OBSERVATION 12.

GALLI (*Jahresber.*, 1876, t. II, p. 584.)

SCHUHL. Voir tableau I.

Un accouchement normal.

OBSERVATION 13.

RIBOT (*J. méd. et chir. prat.*, 1877, p. 26.)

SCHUHL. Voir tableau I.

Un accouchement normal à terme. Enfant vivant.

OBSERVATION 14.

LABATUT (*Journ. méd. et chir. prat.* 1877, p. 501.)

SCHUHL. Voir tableau I.

Un accouchement normal. Enfant vivant.

OBSERVATION 15.

TOUCHARD (MULLER, Thèse, Nancy, 1877, p. 62.)

SCHUHL. Voir tableau I.

Accouchement normal. Enfant vivant.

OBSERVATION 16.

HARVEY (MULLER, Thèse, Nancy, 1877, p. 104.)

SCHUHL. Voir tableau I.

Un accouchement à terme.

OBSERVATION 17.

G. LÉOPOLD. Ovarialschwangerschaft mit Lithopædionbildung (*Arch. f. Gynæk.*, Band XIX. Heft 2, in *Rev. des sc. méd.*, 1884, n° 23, p. 619.)

Ce lithopédion fait partie, depuis 1873, du musée d'anatomie pathologique de Leipzig. Il provient d'une femme morte à l'âge de soixante-quinze ans. Cette femme avait eu 8 grossesses. La cinquième, survenue vers l'âge de quarante ans, était extra-utérine; elle fut reconnue et se termina sans avoir amené aucun trouble, par la mort du fœtus à terme. Les trois dernières grossesses furent régulières. L'existence d'une tumeur siégeant dans l'hypochondre gauche et augmentant chaque année de consistance fut plusieurs fois constatée par des médecins.

La tumeur pèse 1,550 grammes et mesure 412 millimètres de circonférence maxima. La capsule a presque partout la dureté osseuse. L'absence d'ovaire droit, l'union du kyste avec l'utérus par le ligament ovarien droit, l'absence de participation de la

trompe droite à la formation de la tumeur établissent le siège de la tumeur dans l'ovaire droit ; il manque la preuve de l'existence des éléments ovariens dans la paroi du sac, mais il n'est pas étonnant que ces éléments aient disparu. L'enveloppe dure, calcaire, présente à son point d'insertion au ligament large le placenta ratatiné et s'applique exactement sur le fœtus. En dehors du ligament large, elle n'a contracté d'adhérences qu'avec l'épiploon ; les vaisseaux de l'épiploon pénètrent dans la capsule et se développent sur ses parois. L'enfant lui-même est presque à terme. Toutes ses parties sont relativement bien conservées.

Persistance au microscope de la structure épithéliale et musculaire.

C'est le quatorzième fait publié de grossesse ovarienne.

OBSERVATION 18.

CHAMBERS (*Intercolon, M. Congr. Tr.*, Melbourne, 1889, t. II, 697, 702.)

Chambers publie un cas de grossesse utérine survenue quatre ans après une grossesse extra-utérine non opérée.

OBSERVATION 19.

PHILLIPS (*Clin. Sketches.*, Lond., 1891, I, 5.)

Phillips rapporte l'observation d'une femme ayant eu une grossesse ectopique et ultérieurement deux grossesses utérines.

OBSERVATION 20.

OKER BLOM (*Duodecim-Helsinki*, 1893, IX, 224-226.)

Oker-Blom publie l'observation d'un lithopédion âgé de six ans. Trois ans après la grossesse ectopique, la femme a eu une grossesse normale suivie d'un accouchement normal.

OBSERVATION 21.

BEESTON (*Australas. M. Gaz.*, Sidney, 1896, XV, 481.)

Beeston rapporte un cas de grossesse utérine normale surve-

nant après une grossesse ectopique. Cette dernière a été heureusement opérée depuis (laparotomie).

OBSERVATION 22.

FRANKENTHAL (*The amer. gyn. and. obst. J.*, vol. IX, n° 3, p. 297, in *Jahresbericht*, t. X, 1896.)

Frankenthal rapporte plusieurs cas de grossesses extra-utérines. Dans le second, il s'agit d'une grossesse ectopique terminée par une hématocele qui s'est ensuite résorbée. Trois ans plus tard, grossesse utérine normale.

OBSERVATION 23.

MATTEW D. MANN. (*Buffalo medical Journal*, 1896, p. 23.)

M^{rs} C. B..., âgée de trente-trois ans, fut mariée deux fois. Aussitôt après son premier mariage, elle devint enceinte. La grossesse semblait normale quand, au huitième mois, elle ressentit tous les symptômes de l'accouchement; mais celui-ci ne se faisant pas, on appela un médecin qui essaya, sans y réussir, de faire une application de forceps (!) Les douleurs du travail cessèrent et la malade refusa toute intervention ultérieure.

Elle alla alors consulter les docteurs Bartlett, J. P. White et Wickoff, qui furent d'accord pour diagnostiquer une grossesse extra-utérine.

La patiente retrouve, à partir de ce moment, sa santé habituelle, la tumeur semblait diminuer et ne lui occasionnait aucune gêne. Elle se remaria cinq ans après et, de ce second mari, elle eut trois enfants.

En août 1891, ouverture du kyste dans la vessie et l'intestin, de telle sorte que les matières fécales passaient de l'intestin dans le sac fœtal, et du sac fœtal dans la vessie.

Laparotomie, en octobre 1891; on trouve le kyste fœtal situé derrière le grand épiploon, adhérent, d'une part, à l'intestin, et de l'autre, à la vessie.

Guérison après vingt-huit jours.

OBSERVATION 24.

D^r G. LEMONNIER, de Flers (Orne). *Société obstét. et gyn. de Paris*, séance du 10 mars 1898). « Note sur une grossesse extra-utérine remontant à vingt-quatre ans et dont l'expulsion s'est faite par l'intestin. Deux grossesses à terme postérieures à cette conception. » (Cette observation nous a été communiquée par notre collègue et ami le D^r E. Paquy.)

Une de mes clientes me présentait, en juillet 1896, les deux fragments osseux que je joins à cette communication, et dont l'un me paraît être un frontal avec la voûte sus-orbitaire. Elle avait, me dit-elle, expulsé par l'intestin ces petits os, sans souffrances accusées et sans symptômes particuliers, au mois de mars précédent 1896.

Son état général n'avait pas été troublé et elle n'avait éprouvé ni frissons, ni fièvre, ni douleurs abdominales, ni émissions de selles sanguinolentes ou purulentes, ni ténésme. Il est vrai d'ajouter qu'elle n'avait pas eu la curiosité d'examiner ses selles à cette époque. J'avais été appelé à donner mes soins à cette malade depuis trois ans et demi, à différentes reprises, pour des troubles gastro-intestinaux et pour une lésion ancienne du sommet droit. Lorsque je pris connaissance de ma malade, à mes premières visites, j'avais bien constaté, au niveau des annexes gauches, une tumeur assez dure, de la grosseur d'un œuf de dinde environ et remontant jusqu'à un travers de doigt et demi au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure du même côté. Le toucher vaginal donnait cette même sensation de dureté et l'utérus était immobilisé, le col largement déchiré.

L'interrogatoire ne me donnait aucune réponse précise sur les antécédents qui me furent dissimulés à ce moment. J'attribuai cette lésion à une pelvi-péritonite ancienne ou à une salpingite et ne m'occupai plus de cette complication.

Mais, en présence de cette expulsion de débris osseux, je revins sur mon interrogatoire et voici ce que me raconta ma malade :

Une première grossesse sans fausse couche et sans troubles utérins antérieurs se produisit en 1872. Cette grossesse fut normale depuis le début jusqu'à la fin et fut même heureuse. Arrivée

à terme, des douleurs expulsives se firent sentir pendant deux heures dans l'après-midi, puis cessèrent et se renouvelèrent pendant huit jours, deux heures chaque soir. Cette dame fit alors le voyage de Paris et consulta le D^r Demarquay, qui lui conseilla de ne pas se faire opérer (je crois devoir rappeler que cela se passait en 1872) et prétendit, paraît-il, qu'il n'y aurait pas d'autre grossesse, mais je laisse à ma malade la responsabilité de cette affirmation et me demande si ses souvenirs sont précis.

Deux grossesses à terme avec accouchements heureux ont eu lieu depuis, l'un, en 1878; l'autre, en 1881.

Les suites de couches ne donnèrent lieu à aucune complication. Au mois de juillet 1896, lorsque tous ces renseignements me furent donnés, je fis un toucher rectal qui ne m'apprit rien et n'arrivai pas au trajet fistuleux.

Je conseillai cependant de grands lavements antiseptiques et l'exploration de la tumeur par le palper et le toucher vaginal ne m'indiquèrent pas une diminution de volume sensible, ce qui me laissa supposer que le lithopédion n'était pas complètement expulsé. L'état général était assez mauvais pour que je ne propose pas une intervention qui aurait du reste été refusée.

Voici donc une grossesse extra-utérine dont le lithopédion s'enflamme vingt-quatre ans après le début et aurait pu donner lieu à des accidents mortels. L'ouverture se fait fort heureusement dans l'intestin et n'est-ce pas le cas de rappeler l'enseignement de mon excellent maître Siredey, qui considérait l'ouverture d'une pelvi-péritonite suppurée dans l'intestin comme bien préférable à celle qui s'ouvrait dans le vagin ou la vessie?

Cette observation ne donne-t-elle pas raison aujourd'hui à ceux qui conseillent d'opérer?

Enfin, j'ai cru devoir signaler les deux accouchements à terme et sans complications qui se sont produits depuis.

A ces vingt-quatre cas, il nous a paru intéressant d'ajouter l'observation suivante où un lithopédion contenu dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne n'a pas empêché une nouvelle grossesse d'évoluer heureusement dans l'autre corne utérine.

OBSERVATION 25.

Dr RUDOLF ELBING (Rud bahren, Curland), *Petersb. med. Wochnscher.* XV, 33, 1890. — In *Schmidt's Jahrbücher*, 1891, vol. CCXXXI, p. 40.

La paysanne A. F..., âgée de trente-quatre ans, accoucha pour la première fois en février 1889. Son abdomen avait eu, à cette époque, un volume très considérable; elle avait senti des mouvements actifs des deux côtés, mouvements qui, vers la fin de la grossesse, avaient entièrement disparu à gauche. Après l'accouchement à terme d'une fille vivante, son ventre était resté volumineux. Suites de couches normales; trois semaines après l'accouchement, sensation de brûlure à gauche accompagnée d'une forte fièvre. Après quatre semaines, la femme était entièrement remise et en état de travailler. Le ventre avait gardé le volume qu'il avait immédiatement après l'accouchement.

A la fin de juillet 1889, les règles manquent; le 8 mai 1890, naissance d'un garçon vivant, pesant 3,250 grammes. La sage-femme avait fait le diagnostic de grossesse gémellaire. Le fond de l'utérus présentait un large sillon qui s'étendait du creux épigastrique à l'ombilic. A droite et à gauche, l'on sentait un dos par la palpation mais, tandis qu'à droite on constatait très nettement les bruits du cœur et les mouvements fœtaux, à gauche on ne percevait ni l'un ni l'autre.

Le docteur Elbing, qui ne vit cette femme qu'après la naissance de ce second enfant, sentit à gauche une masse offrant une dureté toute particulière, sans bruits du cœur et sans mouvements fœtaux. En touchant cette femme, on vit qu'il s'agissait d'un utérus bicorne; à droite, le doigt pouvait pénétrer dans la corne droite, d'où l'enfant venait d'être expulsé; tandis qu'au niveau de l'orifice interne du col, on sentait à gauche et en haut la corne gauche qui, pour Elbing, était également gravide. Par le toucher, on n'arrivait pas à sentir de parties fœtales. Elbing s'explique ce fait par suite d'une présentation transversale. Suites de couches normales.

Elbing croit qu'il s'agit dans ce cas d'une grossesse de la corne rudimentaire d'un utérus bicorne ne communiquant par aucun orifice avec le reste de la cavité utérine, et il ne s'explique la pos-

sibilité de cette grossesse que par migration de l'œuf. Mort du fœtus à une époque rapprochée du terme et transformation de ce dernier en lithopédion, après la naissance de l'enfant jumeau, situé dans l'autre corne utérine bien développée. Dans la deuxième grossesse, l'œuf s'est normalement développé dans cette corne droite, malgré la présence du lithopédion.

Dans les 12 cas suivants, les grossesses utérines consécutives ont également évolué d'une manière normale, mais, chez ces femmes, l'on était intervenu lors de la grossesse extra-utérine, chez les 9 premières par l'électricité et les 3 dernières par des injections intra-kystiques de morphine suivant la méthode du professeur von Winckel.

OBSERVATION 26.

BROTHERS. Traitement de la grossesse extra-utérine par l'électricité, *Amer. j. of obst.*, mai 1888, in *Rev. des sc. méd.*, 1889, n° 33, p. 151.

Le 4 octobre 1886, Brothers est appelé à voir une femme de vingt-trois ans, mariée depuis sept mois et ayant une suppression de règles qui date de dix semaines. Elle se croit enceinte car elle a des nausées, des vomissements et un sentiment de pesanteur dans les reins. Mais elle souffre depuis une semaine du côté droit du ventre; les douleurs ont été de plus en plus vives et il est survenu un écoulement sanguin par le vagin. L'auteur songe à un avortement; son examen reste d'ailleurs très sommaire, à cause des douleurs qui empêchent toute exploration.

Les souffrances et l'écoulement sanguin persistant, il se décide à examiner la malade sous chloroforme. Le doigt peut pénétrer facilement dans l'utérus, qui est un peu agrandi, mais vide. On sent alors par le palper et le toucher combinés une tumeur qui occupe la partie latérale droite du fond de l'utérus et qui est considérée comme une grossesse interstitielle. Le diagnostic ayant été confirmé par plusieurs confrères, Brothers se décide à tuer le fœtus par l'électricité.

Un pôle est placé au fond du vagin sur la tumeur, l'autre sur le côté droit de l'hypogastre, et on fait passer un fort courant pendant un quart d'heure. Une douleur vive est ressentie par la malade, à laquelle on doit faire une piqûre de morphine. Les applications faradiques ont été répétées huit fois en quinze jours. A partir de ce moment, 16 octobre, l'écoulement de sang cesse, les douleurs sont vives et la tumeur a beaucoup diminué. Le 11 novembre, puis le 11 décembre, les règles reviennent normalement. A cette époque, la tumeur a complètement disparu; la malade devient alors enceinte et accouche d'un garçon en septembre 1887. Elle a gardé une excellente santé.

OBSERVATION 27.

WESTCOTT (citée par BROTHERS, *Am. journ. of obst.*, février 1890).

Grossesse tubaire de six semaines associée à une grossesse normale. Quatre applications galvaniques firent échouer la grossesse normale et firent disparaître le kyste extra-utérin. Aucune complication n'est survenue ultérieurement.

Cette femme est heureusement accouchée depuis de deux enfants vivants et encore actuellement en parfaite santé.

OBSERVATION 28.

AVELING (citée par BROTHERS, *Am. journ. of obst.*, février 1890.)

Aveling parle d'un cas de grossesse extra-utérine soignée par lui, en 1886, et dans lequel il fit quatre applications faradiques. Cette femme n'a depuis ressenti aucun trouble et est heureusement accouchée en 1889.

OBSERVATION 29.

HARRISON (citée par BROTHERS, *Am. journ. of obst.*, février 1890).

Harrison parle d'une malade atteinte de grossesse extra-uté-

rine en 1886, à laquelle il a appliqué le traitement électrique.

Il a accouché depuis cette femme deux fois sans qu'aucune complication ne soit survenue.

OBSERVATION 30.

PETCH. *Br. med. journ.*, 4 décembre 1886 (citée par BROTHERS *Am. journ. of obst.*, février 1890).

Petch rapporte un cas de grossesse normale chez une femme dont il avait traité par l'électricité une grossesse ectopique survenue antérieurement.

OBSERVATION 31.

LUSK (citée par BROTHERS, *Am. journ. of obst.* février 1890.)

Lusk parle d'un cas de grossesse extra-utérine traitée par l'électricité. L'arrêt du développement du kyste a été obtenu au cours du troisième mois. Un petit corps dur ne causant aucune gêne est la seule trace qu'ait laissée l'ancienne grossesse. Cette femme est accouchée deux fois depuis. Les grossesses ont été normales ainsi que les suites de couches.

OBSERVATION 32.

HARRISON (citée par BROTHERS, *Ann. journ. of obst.*, février 1890.)

Harrison (déjà cité obs. 29) parlant d'une autre femme dont il avait soigné la grossesse extra-utérine par l'électricité, sans qu'aucune complication soit survenue, dit qu'un an environ après le traitement, il avait eu l'occasion de la revoir, et qu'elle était normalement enceinte. Le seul vestige laissé par l'ancienne grossesse était un léger épaissement au niveau de la trompe droite.

OBSERVATION 33.

NEDOROLOFF (*Med. Obozs. Mosk.*, 1892, XXXVII, 730-736.)

Nedoroloff publie l'observation d'une femme ayant eu une

grossesse tubaire heureusement traitée par des applications galvaniques et qui eut depuis une grossesse normale.

OBSERVATION 34.

OLDHAM J.-E. (*The am. j. of obst.*, June, vol, XXIX, p. 777, res. in *Jahresbericht*, 1894, p. 622.)

Femme de trente ans, IV pare, deux accouchements, un avortement il y a deux ans, suivi de périmétrite. Signes de grossesse après disparition des règles. L'on sent une petite tumeur à gauche de l'utérus. Traitement électrique; courant galvanique de 75-125 milliampères pendant dix jours. La tumeur diminue de volume et devient moins douloureuse. Au bout d'un an, grossesse et accouchement normal. L'on sent encore la petite tumeur située à gauche de l'utérus.

OBSERVATION 35.

PROCHOWNICK (*Berliner Klinik*, 1895.)

Femme de vingt-neuf ans, entrée dans le service le 18 décembre 1884. Un accouchement normal trois ans avant. Toujours bien portante. Dernières règles le 16 octobre 1884. Depuis le commencement de décembre, douleurs dans le côté. Depuis neuf jours, quelques pertes de sang accompagnées de légères douleurs.

Les seins et la vulve ont l'aspect de ceux d'une femme enceinte. Utérus repoussé à gauche, mou, légèrement augmenté de volume. Orifice cervical entr'ouvert, par lequel s'échappe un peu de sang noir. A droite de l'utérus, l'on sent une tumeur élastique, un peu mobile, ayant le volume d'une pomme, présentant une certaine sensibilité. Cette tumeur durcit après friction faite à travers la paroi abdominale. Par le cathétérisme, on trouve l'utérus vide. Injection intra-kystique de 0,03 de morphine faite à travers le vagin.

Vingt-quatre heures après, la malade est prise pendant plusieurs jours de douleurs semblables à celles de l'accouchement. Légère hématocele rétro-utérine. Injections sous-cutanées de morphine. Glace. Température et pouls normaux. Du cinquième

au neuvième jour, la malade se sent bien. Elle est alors reprise de douleurs pendant trois heures, douleurs accompagnées de pertes de sang. Expulsion de la caduque qui n'a été retrouvée que par hasard dans l'urine. Peu à peu, la tumeur diminue de volume ainsi que la petite hématocele rétro-utérine.

Cette femme a eu depuis deux accouchements normaux.

OBSERVATION 36.

F. VON WINCKEL (1892). *Die Königliche Universitäts Frauenklinik in München, in den Jahren, 1884-1890.*)

Femme dont l'histoire a été publiée par le Dr Grossmann dans le *Münchener Med. Wochenschrift* (n° 50, 1888). Il s'agit d'une grossesse tubaire que von Winckel traite par les injections intrakystiques de morphine. Cette femme s'est très bien portée depuis et est redevenue enceinte en novembre 1889. Grossesse régulière. Accouchement normal à terme en août 1890. Enfant vivant. Von Winckel a eu encore l'occasion d'examiner cette femme depuis; l'utérus était parfaitement mobile et l'on ne retrouvait pas trace de l'ancienne grossesse ectopique.

OBSERVATION 37.

F. VON WINCKEL (1892). *Die Königliche Universitäts Frauenklinik in München, in den Jahren, 1884-1890.*

Chez la femme présentée par Von Winckel, au Congrès de gynécologie de Fribourg, le 12 juin 1889, il ne restait alors comme trace de la grossesse tubaire droite, dont Von Winckel avait arrêté l'évolution en mi-février à l'aide d'injections intrakystiques de morphine, qu'un épaississement de la grosseur d'une amande. L'exploration n'était pas douloureuse, l'utérus était tout à fait mobile; on ne trouvait aucune trace d'inflammation du péritoine pelvien.

Cette femme redevint enceinte au printemps de l'année 1890. La grossesse évolua normalement et se termina par un accouchement très facile au commencement de décembre. Enfant vivant. En examinant la femme à ce moment, on ne retrouvait plus trace de la grossesse extra-utérine ancienne.

II

Observations des femmes chez lesquelles certaines particularités ont été signalées au cours des grossesses utérines consécutives.

Ces particularités se sont rencontrées, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement, soit pendant les suites de couches.

A. — CAS OU L'ON A VU SURVENIR DES COMPLICATIONS PENDANT LA GROSSESSE

Les complications survenues au cours de la grossesse peuvent siéger, soit au niveau du kyste, soit au niveau de l'œuf intra-utérin, soit du côté de l'organisme maternel. Ces différentes sortes de complications peuvent d'ailleurs se combiner de diverses manières et se rencontrer chez la même femme.

L'utérus gravide, en se développant, peut déterminer du côté du kyste des déplacements, une augmentation de

volume, des douleurs, la suppuration. On conçoit que ces accidents aient leur contre-coup sur la mère et sur la nouvelle grossesse utérine. L'inflammation du kyste, par exemple, peut être cause d'une péritonite mortelle ou provoquer l'avortement.

Dans d'autres cas, les complications se rencontrent d'emblée au niveau de l'œuf intra-utérin : l'interruption prématurée de la grossesse, des présentations vicieuses, des hémorragies, etc., ont été signalées.

Parfois enfin, grossesse intra-utérine et lithopédion semblent s'unir pour amener du côté de la mère des troubles liés soit à leurs volumes, soit à leurs poids réunis. Ce sont une gêne déterminée dans les derniers temps de la grossesse par la pesanteur du ventre, ou une distension exagérée de l'abdomen, entraînant la dyspnée ; enfin des phénomènes de compression se traduisant par des irradiations douloureuses, des troubles vésicaux, ou des accidents du côté de l'appareil digestif.

a.) Modifications survenues au niveau du kyste.

La nouvelle grossesse peut, comme nous l'avons dit, déplacer le kyste fœtal extra-utérin, quand ce dernier n'est pas immobilisé par des adhérences. Ce déplacement est noté assez souvent ; dans un cas même, il a eu d'heureuses conséquences. C'est celui que rapporte Santorini, où une constipation rebelle, qui s'était établie à la suite d'une grossesse ectopique, a disparu au cours d'une nouvelle grossesse intra-utérine.

Dans ce cas, le développement de cette dernière, non-seulement n'a pas amené d'accidents, mais a fait dispa-

raître ceux qui existaient. Ce cas est malheureusement unique.

OBSERVATION 38.

SANTORINI (DE SMET. *Des grossesses extra-utérines*, Bruxelles, 1868, p. 23). SCHUHL. Voir tableau II.

Grossesse extra-utérine à la suite de laquelle s'était établie une constipation opiniâtre, qui disparut au cours d'une nouvelle grossesse utérine.

Les accidents du côté du kyste extra-utérin que l'on rencontre si souvent dans les jours qui suivent l'accouchement, font penser que c'est ce dernier surtout qui doit leur donner naissance, et l'inflammation du kyste dont la gravité avait déjà frappé Keller, et qui est, comme nous le verrons, le grand danger menaçant les femmes porteuses de lithopédiions qui redeviennent normalement enceintes, est un accident rare pendant la grossesse.

Dans le cas rapporté par Anderson, la tumeur extra-utérine aurait été quelquefois douloureuse au cours de la seconde grossesse utérine consécutive.

Dans l'observation de Gutzwiller, ces douleurs ont eu plus d'importance. Ce sont elles qui ont amené la malade à l'hôpital. On verra plus loin dans quelles conditions elles ont fait faire l'opération et déterminé l'expulsion du fœtus extra-utérin dont on ne soupçonnait pas l'existence.

Dans l'observation rapportée par Dezeimeris, la grossesse nouvelle réveille des douleurs dans le kyste extra-utérin que l'on verra s'ouvrir dans l'intestin après l'expulsion d'un enfant mort. Il est donc certain qu'il y a eu

ici inflammation du kyste et il est bien probable que la nouvelle conception a eu une influence analogue sur la femme chez laquelle Caraman est intervenu pendant la grossesse.

OBSERVATION 39.

ANDERSON (*Jahresbericht*, 1878, t. II, p. 594 et 1880, t. II, p. 575). SCHUHL. Voir tableau II.

Deux grossesses utérines pendant une grossesse extra-utérine ancienne. Première grossesse interrompue un peu avant terme. Enfant vécut neuf jours. Pendant la seconde grossesse, tumeur extra-utérine quelquefois douloureuse.

OBSERVATION 40.

GUTZWILLER. Ein Fall von gleichzeitiger extra und intra-uterine gravidität (*Archiv. f. Gyn.*, XLIII, 2.)

« Une femme de vingt-huit ans, ayant eu trois accouchements normaux, a ses règles pour la dernière fois au commencement de mai 1890. Signes de grossesse; toutefois, pas de perception des mouvements du fœtus à l'époque habituelle. Le jour de Noël, vers le huitième mois, à la suite d'une chute, hémorragie, douleurs de ventre qui durent quelques jours. En février 1891, vers la fin de la grossesse, perte de l'appétit, maux de tête, douleurs abdominales, constipation. Pas d'accouchement. Le 10 mai, un médecin est appelé pour donner son avis sur cette singulière grossesse de douze mois. Il diagnostique une grossesse extra-utérine. La malade entre chez les diaconesses de Bâle, où Courvoisier porte le même diagnostic et fait la laparotomie.

« Il trouve en effet une grossesse tubaire gauche non rompue, et extrait un fœtus de 2 kil. 140, de 43 centimètres de long, mort à huit mois environ. Cette opération a lieu le 11 juin, et, le 12, la femme expulse par le vagin un autre fœtus de 9 centimètres de long, âgé de trois mois environ. Cette grossesse intra-utérine avait passé inaperçue. Suites normales. Guérison. »

Tel est le résumé (publié dans la *Revue des sciences médicales*) de l'observation sur laquelle Gutzwiller s'étend très longuement dans les *Archives für Gynäkologie* (t. XLIII). Il la fait suivre des remarques suivantes que nous avons traduites et que nous publions ici, car elles permettent seules de bien comprendre l'observation qu'on vient de lire.

Chez cette femme, qui se savait enceinte depuis le début de mai 1890, le traumatisme survenu en décembre a eu certainement comme conséquence la mort du fœtus extra-utérin. L'âge du fœtus (huit mois) est conforme à cette manière de voir. La femme qui supporta bien cet accident toujours sérieux, redevint enceinte au printemps 1891, et cela sans s'en douter, mettant sur le compte de la grossesse existant déjà les différents maux qui survinrent alors : maux de tête, perte d'appétit, etc.

Inquiétée par la longue durée de sa grossesse, elle consulte son médecin habituel, qui fait le diagnostic de grossesse extra-utérine, enfant mort, et la fait transporter quelques jours après à l'hôpital, des douleurs ayant commencé à paraître et le médecin craignant une rupture du kyste fœtal. Cette femme y fut bientôt opérée, la fièvre étant survenue, ce qui avait fait penser à un début de suppuration du kyste. L'on avait fait avant un examen approfondi de la malade après anesthésie, au cours duquel on avait pratiqué le cathétérisme de l'utérus, cathétérisme qui est certainement la cause de l'avortement qui suivit l'opération. Le kyste fœtal n'était pas suppuré et la fièvre était évidemment due à une infection produite par la sonde utérine.

Mais si, dans ce cas, il n'y avait pas de suppuration du kyste fœtal, l'opération était cependant tout à fait indiquée, non seulement parce que des douleurs venaient de faire leur apparition et que l'on avait à craindre une déchirure du kyste, avec toutes ses suites, mais aussi parce que, en dehors de cette rupture, la vie de cette femme était certainement, pour plus tard, menacée de bien des manières par la présence d'une tumeur aussi volumineuse, et cela d'autant plus qu'une grossesse intra-utérine commençait à se développer.

Cependant, ajoute Gutzwiller, si nous avons pu nous douter qu'il existait, à côté de la grossesse extra-utérine, une grossesse intra-utérine (ce à quoi il faudra toujours penser à l'avenir en de semblables cas), nous n'aurions certainement pas pratiqué le cathétérisme de l'utérus, et il nous aurait peut-être été possible, malgré l'ablation du kyste extra-utérin, de ne pas arrêter le cours de la grossesse intra-utérine. Ce point reste, de toute façon, extrêmement problématique et, dans ce cas au moins, la vie de la mère fut sauvée, ce qui est en somme la chose principale et le but que l'on doit chercher à atteindre avant tout.

OBSERVATION 41.

DÉZEIMERIS (*Saggi della Cæsar Académia di Scienze di Padova. Nouv. biblioth. méd.*, t. III, p. 138). In MOREAU. *Thèse*, Paris, 1853.

Une femme avait déjà mis au monde un enfant à terme, et depuis, elle avait éprouvé trois fausses couches successives. Parvenue à une époque indéterminée d'une cinquième grossesse, dans le cours de laquelle elle n'avait rien ressenti d'extraordinaire, cette femme se plaignit de douleurs comme pour accoucher, d'abord légères, puis très vives, qui cessèrent totalement après deux jours. A la suite d'un craquement qu'elle sentit dans l'abdomen, les eaux s'écoulèrent et en même temps, une petite quantité de sang très fétide. Une sage-femme constata bien l'issue des eaux, mais trouva le col utérin encore très élevé et exactement fermé. Un médecin fut appelé : il présuma que le terme de l'accouchement n'était pas encore arrivé, d'autant plus que la malade ne se croyait grosse que de six à sept mois. Les douleurs expulsives ne reparurent plus ; les mamelles se tuméfièrent et une péritonite se déclara, accompagnée de symptômes nerveux très intenses. Le ventre, fort douloureux à droite, offrait de ce côté une tumeur dure et immobile. Cependant la fièvre se dissipa et la douleur du ventre diminua beaucoup. A quelques jours de là, il s'établit par le vagin un écoulement de matières verdâtres, sanguinolentes, d'une odeur de moisi ; cet écoulement et la douleur durèrent encore à peu près l'espace de trois mois. Alors, la malade, à la suite des règles, rendit par la

vulve des lambeaux de chairs pourries et délayées dans un liquide noirâtre. Après trois autres mois, les douleurs de côté reparurent et se dissipèrent de nouveau.

Neuf ou dix mois plus tard, la malade redevint enceinte et la douleur reparut, augmentant à mesure que la grossesse faisait des progrès. Enfin, la sortie d'un fœtus mort et putréfié avait mis un terme aux accidents, quand, en octobre 1820, la tumeur du ventre persistant toujours, quelques coliques portèrent la malade à prendre un lavement. Elle crut remarquer dans les fèces un fragment d'os, et les jours suivants, en effet, elle en rendit d'autres dans lesquels elle reconnut successivement un temporal, un pariétal, des côtes, des fémurs, etc. Une fistule recto-vaginale s'était établie, mais au mois de juillet 1821, la tumeur du ventre avait disparu, la fistule était oblitérée, l'appétit, les forces avaient reparu et la malade ne tarda pas à recouvrer entièrement la santé.

OBSERVATION 42.

CARAMAN (Thèse, CHAYÉ. Paris, 1882, p. 90.)

SCHUHL. Voir tableau II.

Grossesse extra-utérine, phlegmon de la paroi abdominale, fistule. Grossesse intra-utérine consécutive pendant laquelle on fit l'extraction de plusieurs os par la fistule. Enfant né à terme Meurt quelques heures après sa naissance.

b). Accidents survenus du côté de l'œuf intra-utérin.

Les complications au niveau du lithopédion n'ont été, comme on le voit, signalées que quatre fois avant la terminaison de la grossesse. Ces accidents s'effacent alors complètement devant ceux que l'on observe du côté de l'œuf intra-utérin.

Cette nouvelle grossesse est, dans un grand nombre de cas, terminée avant terme. Sur les 148 grossesses qu'ont eues les 93 femmes rentrant dans notre première caté-

gorie, 24 se sont terminées par des avortements et 10 par des accouchements prématurés.

Dans l'observation 39 $\frac{1}{2}$ et dans les 13 cas qui suivent, il y a eu avortement ou accouchement prématuré sans qu'il y ait à noter à ce sujet quelque chose de particulier.

A la fin de ce groupe, nous avons fait figurer notre observation personnelle. On se souvient en effet que chez notre femme, l'accouchement s'est terminé environ deux semaines avant terme.

OBSERVATION 43.

Revue médicale (1829), t. IV, p. 302. SCHUHL. Voir tableau II.

Grossesse extra-utérine. Trois grossesses postérieures dont les deux dernières se terminent prématurément par la naissance d'enfants qui meurent presque aussitôt.

OBSERVATION 44.

YARDLEY (*Gaz. méd. Paris*, 1847, p. 162):

SCHUHL. Voir tableau III.

Grossesse extra-utérine. Grossesse utérine postérieure. Accouchement lent. La tête du fœtus extra-utérin, en glissant dans le bassin lors du travail, occasionne un obstacle sérieux à la sortie du fœtus intra-utérin. La parturition finit cependant par s'accomplir. Naissance d'un enfant mort.

Depuis, deux grossesses nouvelles terminées par avortements du deuxième au troisième mois.

OBSERVATION 45.

WALTER, P. N. (*Monats f. Geb.*, t. XVIII, t. 1861, p. 188).

SCHUHL. Voir tableau III.

Grossesse extra-utérine abdominale. Grossesse utérine postérieure terminée par un avortement au troisième mois.

OBSERVATION 46.

STOLTZ (BOLARD. Thèse, Strasbourg, 1866, p. 3).

SCHUHL. Voir tableau III.

Grossesse extra-utérine abdominale, arrivée à terme. Simulacre du travail. Mort du fœtus. La tumeur diminue de volume. Elle est située transversalement dans la région sous-ombilicale et semble adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen. Depuis, deux grossesses utérines. Premier accouchement à huit mois, présentation transversale, procidence du cordon, version, enfant mort.

Deuxième accouchement un peu avant terme. Présentation du siège. Enfant mort.

OBSERVATION 47.

NEBEL (*Hist. et comment. Elect. scient. et eleg. libr. Theodoro, Palatinæ*, 1870, vol. II, p. 403). SCHUHL. Voir tableau III.

Durée de la rétention du fœtus extra-utérin : cinquante-quatre ans. Deux avortements pendant ce temps.

OBSERVATION 48.

KJÆNIK (*Norsk. Magaz. for. Lægevid.* R. 3. Bd. 8. 130).

SCHUHL. Voir tableau III.

Grossesse extra-utérine. Ultérieurement, deux grossesses utérines. La seconde se termine à six mois. A ce moment, expulsion d'os par le rectum.

OBSERVATION 49.

BOZENAN (*New-York med. J.*, 20 octobre, 1884, p. 689). « Grossesse extra-utérine abdominale. Mort du fœtus à six mois. Grossesse normale trois ans et deux mois après. Mort de l'enfant au huitième mois. Application de forceps. Les restes du fœtus extra-utérin sont enlevés en ouvrant la

paroi postérieure du vagin. Guérison ». In MAYGRIER. *Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine* (Thèse pour le concours d'agrégation, p. 160).

Femme de trente-huit ans, ayant eu six accouchements normaux antérieurs. Le 24 janvier 1882, dernières règles (début de grossesse extra-utérine). Le 14 mars 1883, elle ressent des douleurs abdominales très violentes, puis survient une hémorragie abondante. Elle se rétablit peu à peu. En septembre, on constate que le volume du ventre est celui d'une grossesse de cinq à six mois et on porte le diagnostic de grossesse abdominale.

A partir d'octobre, la menstruation reparait et revient régulièrement; le volume du ventre reste stationnaire; la santé est parfaite. En mars et avril 1884, les règles ne se montrent pas et on remarque une nouvelle augmentation du ventre qu'on attribue d'abord à la grossesse abdominale de 1881, puis à une grossesse utérine.

L'accouchement eut lieu vers sept mois et demi, et on dut extraire avec le forceps un enfant mort depuis quelques jours.

Immédiatement après, on reconnut dans le cul-de-sac postérieur les débris d'un fœtus enkysté; on fit une incision longitudinale de la paroi du vagin, juste au-dessous du col de l'utérus; on pénétra dans le kyste et on enleva avec des pinces divers fragments du fœtus. Au bout de trois semaines, l'état de la malade était excellent.

OBSERVATION 50.

D^r TUPPERT (de Wunsiedel). « Accouchement normal après grossesse extra-utérine. » (*München. med. Wochenschr.* t. XXXVII, p. 7, 1889, 1^{er} janvier.)

Femme de tisserand de Ludwigsfeld, de trente-quatre ans. Taille au-dessus de la moyenne. Saine à tous les points de vue, est accouchée deux fois normalement d'enfants vivants, la dernière fois il y a dix ans.

Dernières règles vers le milieu de mars 1885. La femme ressent les mêmes symptômes qu'à ses grossesses antérieures et se croit enceinte. Après quelques mois, douleurs persistantes loca-

lisées dans la partie inférieure et gauche de l'abdomen. Douleurs qui s'étendirent le 23 juillet à toute la partie inférieure du ventre en prenant le caractère des douleurs du travail, durèrent toute une journée et cela avec une dysurie qui obligea la sage-femme à sonder la malade. Ces douleurs décidèrent la femme à venir me consulter à Wunsiedel, le 25 juillet. Je trouvai un accroissement de la moitié inférieure de l'abdomen, et cela surtout transversalement; du côté gauche, l'on sentait, en palpant immédiatement au-dessus de la branche horizontale du pubis, un corps assez volumineux, arrondi; et du côté droit, des parties plus petites qui étaient assez rapprochées de la branche pubienne. Le premier de ces corps était peu mobilisable, les autres l'étaient un peu plus. Écoulement de lait par les seins gonflés. Le vagin était à peine élargi; le col utérin plus épais, était mou et un peu raccourci. Son orifice semblable à ce qu'il est en dehors de la gravidité. A travers ce dernier et la voûte vaginale, on n'arrivait pas à sentir de corps dur; l'utérus ne semblait pas sensiblement hypertrophié; on pouvait le mobiliser de tous les côtés et la pression exercée sur l'abdomen ne le repoussait que peu en arrière. Immédiatement au-dessus de la symphyse, l'on pouvait percevoir le souffle placentaire; il est à remarquer que le col et son orifice n'étaient pas déviés sur le côté, mais se trouvaient sur la ligne médiane. Le diagnostic qui semblait s'imposer était celui de grossesse extra-utérine, d'une grossesse abdominale avec position transversale du fœtus. Exactement huit jours après, la femme revint me trouver me disant que depuis quelques jours (2 août) elle sentait très nettement des mouvements actifs et qu'en conséquence elle comptait être à terme le 22 décembre. Les douleurs abdominales persistèrent atténuées pendant les mois d'août et de septembre. Vers le milieu de ce dernier mois, survinrent de fortes douleurs semblables à celles de l'accouchement, qui durèrent un jour et demi, et trois jours après, elle ressentit un violent frisson. Depuis ce moment, les mouvements fœtaux disparurent. Les seins se flétrirent et l'écoulement de lait diminua. Dans les mois qui suivirent, la malade ne ressentit plus de douleurs dans le bas-ventre, mais ce dernier ne diminua pas beaucoup de volume. L'enfant mourut donc au milieu du septième mois de la grossesse. Les douleurs dont nous avons parlé plus haut, qui survinrent au quatrième mois de la grossesse et

durèrent un jour, avaient été probablement accompagnées de l'expulsion de la caduque. La femme se remit entièrement; un travail très fatigant amenait seul chez elle certains malaises, et elle resta bien portante pendant deux ans.

Quelques jours après la mi-novembre 1887, les règles ne parurent pas; tous les symptômes de grossesse apparurent, ce qui inquiéta la femme. Perception des mouvements actifs le 7 avril. La peur fit qu'elle vint me consulter de nouveau le 2 juin. Les restes de l'enfant mort il y a deux ans, au septième mois de la grossesse, n'avaient pas diminué depuis un an et demi. Ils formaient une base dure, ayant le volume d'un bras d'adulte, situé immédiatement et transversalement au-dessus de la symphyse. Le fœtus de la nouvelle grossesse se présentait par l'extrémité céphalique, extrémité que l'on sentait ballotter. De l'enfant mort, on n'arrivait à rien sentir, ni par le toucher, ni par le toucher combiné au palper. Le petit bassin n'était pas rétréci. Il y avait la place pour le passage du nouvel enfant. Ma cliente pouvait donc me quitter rassurée. Pollakiurie dans la deuxième moitié de la grossesse.

Des douleurs apparurent plusieurs jours avant le 7 août, date à laquelle la poche des eaux se rompit. L'enfant fut expulsé une heure après sans accident. Délivrance, au bout de dix minutes. Petite fille bien constituée, née deux semaines et demie avant le terme, et qui, nourrie au sein par sa mère, se développa parfaitement.

Le 12 décembre 1888, j'examinai de nouveau cette femme. Elle assurait qu'elle n'avait senti son enfant que du côté gauche de l'abdomen, mais que la partie droite était plus développée que la gauche. Je pus constater un changement de situation de l'enfant mort, dont la tête, qui reposait, avant la dernière grossesse, sur la branche pubienne gauche était maintenant appliquée sur la symphyse. Le tronc et les pieds s'étaient, eux, relevés à quatre travers de doigt de la branche pubienne droite, les pieds et le tronc avaient une certaine mobilité, la tête était plus fixe. Les dimensions de l'enfant n'avaient pas diminué depuis le dernier accouchement et toutes ses parties avaient cependant à la palpation une dureté de pierre.

OBSERVATION 51.

COCKS (citée par BROTHERS. *The am. journ. of obst.*,
février 1890).

En 1884, le docteur Cocks a rapporté un cas de grossesse extra-utérine à laquelle douze applications électriques furent faites au troisième mois. Quatre mois plus tard, il ne restait comme trace de cette grossesse ectopique qu'une légère induration. La femme dont il s'agit a eu depuis une grossesse utérine, mais elle a avorté.

OBSERVATION 52.

J. BRAQUEHAYE. — « Grossesse tubaire. Fœtus calcifié, mal toléré. Grossesse intercurrente terminée par un accouchement avant terme. Extirpation du lithopédion par la laparotomie. Guérison. » (*Bull. Soc. anat.*, décembre 1892, p. 773.)

Les pièces que je présente à la Société ont appartenu à une femme de vingt-huit-ans, opérée le 13 décembre, dans le service de M. le professeur Duplay.

Voici ce qu'elle raconte : Il y a deux ans, ses règles se supprimèrent. Ayant pris froid vers cette époque, elle attribue cet accident à ce fait. Depuis, ses règles reparurent, mais restèrent extrêmement douloureuses et irrégulières. Elle souffrait même du ventre et de la région lombaire en dehors de cette époque, à la moindre fatigue.

En janvier dernier, elle devint enceinte, mais accoucha à six mois (juin dernier). Les suites de couches furent bonnes, mais les douleurs abdominales et lombaires reparurent très vives, surtout au moment des règles. Depuis cette époque, elle a, dit-on, maigri de plus de 10 livres.

Quand elle se présenta à l'hôpital, le 3 décembre, on sentait par le toucher vaginal, combiné avec le palper, un col mou, entr'ouvert, dirigé en avant. Le cul-de-sac latéral droit présentait sous

le doigt une masse allongée transversalement, du volume d'un œuf, dure, presque lisse et tout à fait mobile. Rien à gauche.

L'utérus était fortement dévié à gauche. Le toucher rectal ne faisait que corroborer les renseignements fournis par le toucher vaginal.

Au spéculum, le col était un peu gros, rouge, et laissait écouler quelques mucosités glaireuses.

On posa le diagnostic d'ovaire scléro-kystique et la laparotomie fut décidée.

Elle fut faite sous le chloroforme, après les soins d'usage, le 13 décembre, par M. Rochard. Après incision médiane de la paroi, on trouva, adhérente au grand épiploon, une petite tumeur rougeâtre du volume d'un œuf. Elle siégeait dans la trompe droite contre l'utérus et un peu au-dessus de lui. Au travers d'une mince membrane transparente, on pouvait distinguer toutes les parties d'un fœtus de cinq mois environ, en voie de calcification. En arrière et en dehors, on trouvait l'ovaire normal et au bout de la trompe, le pavillon ne présentant rien de particulier. La petite tumeur fut pédiculée solidement au niveau de l'utérus et enlevée avec les annexes. La trompe était encore perméable.

A gauche, dans le ligament large, on trouva un kyste du volume d'une petite noix, transparent, à contenu citrin, qui fut extirpé. Les suites de l'opération furent assez bonnes. Après une poussée de péritonite qui dura trois jours, la température vaginale retombait au-dessous de 38 degrés. Actuellement, le malade va très bien, et n'a plus eu de température neuf jours après l'intervention.

Le fœtus était en voie de régression et son placenta presque absolument atrophie.

Il n'y avait plus de liquide dans la poche fœtale. Cette grossesse tubaire datait certainement des accidents survenus il y a deux ans (janvier 1891). Aussi est-il intéressant de signaler la nouvelle fécondation de cette femme en janvier 1892, terminée par un accouchement avant terme.

OBSERVATION 53.

DUFF. — « Grossesse tubaire récidivée avec une grossesse normale, terminée par avortement entre la première et la

deuxième grossesse intra-utérine ». (*The am. gyn. and obst. J.*, vol. IV, in-4, p. 515). In JAHRESBERICHT, 1893, p. 585.

Une grossesse après cinq ans de mariage. Tumeur douloureuse au niveau des annexes gauches. Collapsus subit suivi de la disparition de la tumeur. Nouvelle grossesse après trois mois, terminée par un avortement de neuf semaines. Au bout de cinq mois, dix semaines après la suppression des règles, la femme retombe brusquement malade. En l'examinant, on trouve une tumeur au niveau des annexes droites. Expulsion d'une caduque. Laparotomie. Grossesse tubaire droite, sur le point de se rompre. L'on trouve du côté gauche un kyste fœtal contenant du tissu placentaire. Guérison sans complication.

OBSERVATION 54.

PROCHOWNICK (*Berliner Klinik*, 1895).

Femme entrée à la clinique le 22 juin 1890, accouchée autrefois deux fois par Prochownick lui-même et soignée par lui à plusieurs reprises pour rétroflexion de l'utérus. Vue pour la dernière fois en janvier 1890; elle était alors en parfaite santé. La direction de l'utérus était bonne. Les règles, qui étaient attendues pour le 13 mai 1890, manquèrent. À partir du 8 juin, légère hémorragie accompagnée d'ischurie, de douleurs abdominales et sacrées, d'abord modérées, et qui augmentèrent rapidement d'intensité.

Le 14 juin, on constate la présence d'une tumeur dans la partie gauche du bassin qui repousse fortement l'utérus à droite et en bas. La femme perd un peu de sang. L'utérus est mou, mais petit. La tumeur n'a pas tout à fait le volume du poing. Elle est peu, mais nettement mobile et se contracte quand on exerce des frictions sur elle.

La femme reste encore une semaine chez elle : on lui prescrit de l'opium et de la glace. La tumeur augmente très rapidement ainsi que tous ces maux. Le 22 juin, la malade se décide à entrer à la clinique; on fait une injection intra-kystique de 0 gr. 04 de morphine. Comme on craignait la rupture du kyste, on avait tout préparé pour pouvoir faire la laparotomie.

La malade se sent mieux pendant quatre jours ; au cinquième, reprise des douleurs, signes d'hémorragie interne, opium et glace. Hématocèle rétro-utérine et para-utérine gauche, ayant le volume d'une grosse orange. La résorption se fait lentement en sept semaines. Depuis, cette femme eut deux nouvelles grossesses, l'une en 1893, l'autre en 1894, qui se terminèrent chacune par un avortement du troisième au quatrième mois.

OBSERVATION 55.

FUNCK-BRENTANO. *Observation personnelle.*

Chez trois femmes, la terminaison prématurée de la grossesse a été précédée d'hémorragie. Ce sont les observations 56, 57 et 58.

OBSERVATION 56.

CHAPMAN (*New-York med. J.*, avril 1879, relatée dans *Rev. des sciences med.*, t. XV, 1880, p. 204). SCHUHL. Voir tableau III.

Mort du fœtus extra-utérin vers le septième mois. Grossesse postérieure au troisième mois, hémorragies abondantes suivies d'avortement.

OBSERVATION 57.

STICKL (*Bayr., artzt. int. Blatt.*, 1877, n° 16. — *Annales de gyn.*, t. XII, p. 22). « Grossesse extra-utérine ancienne. ponction abdominale. Dilatation de l'ouverture. Extraction du fœtus par morceaux. » (Thèse DESCHAMPS, Paris, 1880, p. 75.)

Une femme de quarante ans, ayant eu huit enfants à terme et quatre avant terme et n'en ayant nourri aucun, se trouve enceinte pour la treizième fois. Au neuvième mois, hémorragie interne et consécutivement, établissement de la sécrétion lactée avant

comme après l'accouchement. Pendant un an, les règles revinrent normalement puis s'interrompirent pendant cinq mois. En ce moment, hémorragie utérine considérable, fœtus descendu dans le méat dilaté qui fut extrait avec l'arrière-faix. A la suite de cet avortement, on constate dans la région ombilicale une tumeur partant du bas-ventre qui, ponctionnée avec un trocart, donna un peu de liquide amniotique. Avec des tiges de laminaria, on dilate l'ouverture et on fait dans la cavité des injections phéniquées. On élargit ensuite avec le bistouri et on extrait le fœtus par morceaux. La femme se rétablit lentement.

Chez les 4 femmes dont les observations suivent, l'accoucheur est intervenu pour interrompre prématurément la grossesse, trois fois à cause du rétrécissement produit par le kyste extra-utérin au niveau de la filière pelvienne. Dans le quatrième cas dont Hennigsen rapporte l'histoire, on a provoqué l'avortement vers la fin du cinquième mois à cause des troubles dyspnéiques.

OBSERVATION 58.

EDWIN E. DAY. *Transact. of the obstetr. society of London*,
vol. VI, 1865, p. 3.

M^{me} C... avait eu cinq enfants et était enceinte pour la sixième fois, quand elle vint à l'hôpital de King's Collège. Au moment de l'accouchement, on découvrit, dans le cul-de-sac recto-vaginal, une tumeur qui fut repoussée au-dessus de l'excavation.

Ceci se passait le 6 septembre 1859.

Le 7 janvier 1861, elle fut admise de nouveau au même hôpital, et un accouchement prématuré fut provoqué au 8^e mois par le D^r Farre. Elle fut ensuite fréquemment examinée par ce même docteur et par M. Fergusson, qui discutèrent sur la nature de la tumeur et furent d'accord pour ne pas l'opérer.

En août 1862, M^{me} C... revient de nouveau avec des pertes de sang. Accouchement prématuré à 7 mois.

Elle quitta l'hôpital le 1^{er} octobre, fut menstruée immédiatement après et redevint enceinte en janvier.

Elle revint à l'hôpital au commencement de mai.

En l'examinant, je trouvai une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, située dans le cul-de-sac recto-vaginal, en contact avec le sacrum, sans toutefois y adhérer. Je pensai à un fibrome de l'utérus qui, s'étant détaché, serait tombé dans le cul-de-sac recto-vaginal où il se serait enkysté. Le 18 mai, je provoquai le travail à l'aide d'une poche de caoutchouc, en forme de poire. Présentation du sommet. Le cordon venant faire procidence, je fis une version qui présenta des difficultés considérables, mais le fœtus mourut avant la fin de l'extraction.

Le placenta, très adhérent, dut être extrait. Cette extraction fut suivie d'une hémorragie qui fut arrêtée par des applications froides. Le lendemain, les lochies sont normales, pas de pertes de sang.

Le surlendemain, la malade semblait aller de mieux en mieux, quand, à quatre heures et demie du soir, elle est prise d'une violente hémorragie et meurt avant qu'on ait pu intervenir.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve, dans le cul-de-sac recto-vaginal, un fœtus âgé de trois à quatre mois, enfermé dans un kyste adhérent au côté droit du rectum.

La trompe de Fallope du côté droit contenait, dans sa moitié externe, une tumeur qu'on reconnut à la coupe être formée par des caillots et des restes de caduque et, ce qui ajoute à l'intérêt de ce cas, cette trompe droite était attachée à la « base » de l'utérus tandis que la trompe gauche adhérait à son fond.

Cette observation est, comme on le voit, intéressante à plus d'un point de vue. Nous y renvoyons plusieurs fois; aussi l'avons-nous publiée avec tous ses détails, Schuhl n'en ayant donné que le résumé de quelques lignes que l'on en trouve dans le *Jahresbericht*, 1865.

OBSERVATION 59.

Bossi (*Schmidt's Jahrb.*, 1869 et 1875). SCHUHL.

Voir tableau III.

Rétrécissement considérable du bassin par le kyste fœtal extra-utérin ayant amené à provoquer l'avortement dans le cours de cinq grossesses postérieures. Après le dernier avortement, inflammation du kyste extra-utérin qui s'ouvre dans le rectum. Péritonite, mort.

OBSERVATION 60.

MULLER. *Charité Annalen*, 2^e année, 1875, Berlin 1877, p. 395. « Grossesse extra-utérine. Enkystement du fœtus. Tolérance du kyste pendant deux ans. Nouvelle grossesse utérine. Avortement provoqué. Inflammation du kyste. Extraction du fœtus par la paroi postérieure du vagin. Fistule iléo-kysto vaginale. Mort par épuisement vingt-trois jours après l'opération ». (MAYGRIER. *Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine*. Thèse pour le concours d'agrégation, p. 159.)

Femme de trente-trois ans. Deux attaques de fièvre intermittente dans les antécédents. Mariée depuis treize ans. Trois accouchements normaux à terme. Enfants vivants.

En 1872, quatrième grossesse arrivée à terme sans accouchement; on diagnostique une grossesse extra-utérine et on provoque la mort du fœtus par une injection à travers la paroi abdominale. Après quelques accidents, la mère se rétablit peu à peu et peut vaquer aux soins de son ménage.

Dans l'été de 1875, grossesse intra-utérine; crainte d'accidents à cause de l'état du petit bassin; on provoque l'avortement au quatrième mois. Alors, douleurs vives dans le rectum et écoulement par cette voie de matières très fétides pendant quatre mois, tantôt plus, tantôt moins abondant; jamais il n'est sorti de parties solides.

Dans les derniers temps, écoulement profus, douleurs dans le

ventre, perte de forces. Tumeur dure dans le cul-de-sac postérieur du vagin, dont la partie supérieure est déprimée en bas et en avant. D'après les phénomènes d'irritation, survenus du côté du bas-ventre et de l'intestin, on songe à donner issue par une opération au fœtus devenu corps étranger intoléré. État cachectique de la malade; crépitation emphysémateuse dans le vagin. Pas de fièvre; diarrhée.

Le 26 mai, chloroformisation. Schröder abaisse le cul-de-sac postérieur du vagin avec une pince de Museux et fait avec un bistouri une incision au niveau de la tumeur; hémorragie modérée, arrêtée avec le fer rouge. Issue d'une grande quantité de pus fétide. On enlève les parties fœtales avec une pince à polypes, en faisant de temps en temps des injections dans la poche avec une solution phéniquée.

Les deux premiers jours la malade va bien, sauf des douleurs cuisantes dans le vagin.

Le troisième jour, à la visite, on apprend qu'il s'écoule par le vagin une grande quantité de liquide jaune brunâtre, ayant les caractères des matières fécales; il y avait donc communication entre la poche et une partie de l'intestin. On devait admettre que la fistule siégeait sur l'intestin grêle à cause de la composition des matières, et parce que les aliments pris par la bouche sortaient sans être altérés. Néanmoins, le canal intestinal était complètement perméable, car jusqu'au dernier moment, il sortit par le rectum des matières solides ayant un tout autre aspect et une tout autre odeur que celles qui sortaient par le vagin.

Bien qu'il n'y eût pas de fièvre, sauf une élévation de température pendant quelques heures à 40 degrés, les forces diminuèrent peu à peu par suite de l'écoulement qui empêchait la nutrition. Lavage continu de la poche avec une sonde de Nélaton en communication avec le tube d'un irrigateur; topiques divers sur les cuisses et le périnée pour remédier à l'irritation produite par le contact des matières liquides sorties du vagin.

Diminution graduelle des forces; muguet buccal. Mort d'épuisement vingt-trois jours après l'opération.

Autopsie. — Adhérences de l'épiploon et de plusieurs anses intestinales dans la cavité de Douglas, remplie de tissu pseudo-membraneux; utérus en antéflexion.

Près de l'orifice externe du col se trouve, dans le cul-de-sac

postérieur du vagin, une ouverture assez grande pour laisser passer deux doigts et qui conduit dans la cavité de Douglas. Cette cavité est fermée en haut par une anse de l'iléon, des lobes graisseux et par des fausses membranes; cette partie supérieure est très facile à déchirer et, en quelques points, aussi mince que du papier. Sur la paroi postérieure de l'utérus et sur la paroi antérieure du rectum, qui font partie de la poche, est un tissu induré, de sorte qu'il y a dans la cavité de Douglas une poche à paroi indépendante formée de tissu cellulaire, compacte, et qui communique par en bas avec le vagin. Cette poche contient une substance jaune brunâtre et un peu de matières fécales.

L'anse intestinale qui limite la poche en haut présente sur sa paroi une perforation de la grandeur d'une pièce de 4 franc.

La cavité de l'intestin et celle de la poche se continuent insensiblement l'une avec l'autre sans séparation marquée, de sorte qu'on ne peut pas dire à l'œil nu où commence l'une et où finit l'autre.

La trompe droite est flexueuse et communique avec le sac par son extrémité abdominale; elle est comme perdue dans la paroi et changée en tissu fibreux. Dilatation des uretères comprimés par les fausses membranes, surtout à droite, et des bassinets.

OBSERVATION 61.

HENNIGSEN (*Archiv. f. Gynæk.*, t. I, 1870, p. 335). SCHUHL.
Voir tableau IV.

Au cours de la nouvelle grossesse, vers la fin du cinquième mois, apparut soudainement une dyspnée qui prit un tel développement qu'on provoqua l'avortement à l'aide de douches; dix jours après, inflammation du kyste, qui s'ouvre deux mois plus tard à travers la paroi abdominale. Septicémie. Mort.

Chez les 3 femmes qui restent, l'avortement a été également le résultat de l'intervention de l'accoucheur. Dans le cas de Worral, il a suivi l'ablation du kyste extra-utérin par laparotomie. Dans celui de Gutzwiller (voir

obs. 40), où l'on ne soupçonnait pas l'existence de la grossesse utérine, l'avortement a été produit par l'hystérométrie. Il en a peut-être été de même dans le cas plus complexe rapporté par Walther.

OBSERVATION 62.

WORRAL (*Am. journ. of obst.*, novembre 2, p. 96, vol. CII, in *JAHRESBERICHT*, t. V, p. 118).

Worral parle d'un cas de grossesse intra et extra-utérine pour lequel on fit la laparotomie. A l'ouverture du sac tubaire, il s'écoula tout d'abord une quantité de liquide épais et jaunâtre. Le fœtus qu'il contenait pesait 4 livres et demi et avait 19 pouces et demi de longueur. Après l'opération, la femme fut prise de douleurs et expulsa un fœtus âgé d'environ six mois.

Il semble évident, d'après la longueur et le poids du fœtus trouvé dans le sac tubaire, que le début de ces deux grossesses ne remonte pas à la même époque, la grossesse intra-utérine étant certainement ici postérieure à l'autre.

OBSERVATION 63.

HEINRICH WALTHER (*Ztschr. für Geburtsh. und Gynækol.*, t. XXXIII, 3, p. 389, 1893). « Grossesses extra-utérine et intra-utérine simultanées dans un utérus cloisonné ». (*Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Gressen.*)

La femme Catherine H..., paysanne de Grossen-Linden, âgée de trente-cinq ans, vint le 19 avril à la clinique à causes de fortes douleurs dans le ventre semblables à des coliques et qui revenaient par crises. Pertes de sang, après que les règles avaient subi plusieurs semaines de retard. Elle est mariée depuis douze ans, est accouchée trois fois; en août 1893, elle fit une fausse couche de six mois.

Les règles revinrent en octobre d'une manière régulière et en quantité moyenne. Elles ne parurent pas en février. Pendant les règles, fortes douleurs dans le bas-ventre, malaises et parfois vomissements. Depuis la disparition de ses règles, cette femme se croyait enceinte, mais comme elle perdait de temps à autre du sang, perte accompagnée, à son dire, de l'expulsion de fragments, elle vint consulter. Au moment de son admission, cette femme, amaigrie, présentait du colostrum dans les deux seins. La muqueuse de la vulve est légèrement violacée, l'abdomen un peu ballonné. Par la palpation, l'on sent une résistance au-dessus de la symphyse. En combinant le toucher au palper, on voit que l'utérus a le volume d'un utérus gravide de trois mois situé un peu à gauche de la ligne médiane; à sa droite, on sent une tumeur kystique, molle, ayant le volume du poing, qui est accolée à son bord droit. L'on sent à gauche et plus profondément une autre résistance moins étendue qui semble localisée dans les annexes gauches. Au niveau du cul-de-sac vaginal droit, des pulsations sont nettement senties. Le 22 avril, on réexamine la femme sous chloroforme et, au cours de l'examen, on fait le cathétérisme de cet utérus qui semble dévié à gauche; l'on trouve 9 centimètres et demi pour sa longueur et l'on conclut à l'existence probable d'une grossesse tubaire droite de trois mois ou d'une grossesse d'une corne utérine rudimentaire droite. L'on décide de faire la laparotomie quelques jours après pour permettre à la femme de se remettre du malaise de l'anesthésie.

Mais elle fut prise la nuit suivante de douleurs abdominales extrêmement vives qui firent croire à une rupture du kyste fœtal, et la malade fut opérée le lendemain matin. La laparotomie montra (ce qui fut prouvé aussi par ce qui advint ultérieurement) que l'on avait affaire : 1° à un utérus bicorne ou double avec une grossesse dans la corne ou la moitié droite de l'utérus; 2° à un hématome de la trompe gauche, du volume d'un œuf de poule, hématome succédant probablement à une grossesse tubaire gauche s'étant terminée par un avortement tubaire et une hématocele consécutive.

Dans la nuit du deuxième au troisième jour, la femme, qui allait très bien, fut prise brusquement d'une forte hémorragie qui, selon toute apparence, entraîna avec elle le fœtus qu'on ne put retrouver plus tard. On dut terminer le lendemain cet avortement

incomplet. Le curage fut fait et on eut soin de recueillir séparément ce qui provenait de chacune des moitiés de l'utérus.

L'exploration faite alors démontra que le corps de l'utérus était divisé en deux par une cloison jusqu'au niveau de l'orifice interne du col. Dans la partie droite on trouva un placenta, un cordon et des membranes.

Dans la moitié gauche, l'on ne trouva qu'une très épaisse caduque. A partir de ce moment, suites de couches normales : la malade part en parfait état le 19 mai 1895.

Walther s'étend longuement sur les examens microscopiques qu'il a faits des différentes pièces recueillies au cours de la laparotomie et du curage de l'utérus. La fixation par le formol recommandée par Blum lui réussit admirablement. Par cette étude microscopique, Walther put donner avec certitude la preuve qu'il s'agissait bien d'une grossesse tubaire ayant entièrement achevé son évolution, et non d'un simple hémato-salpinx, comme il s'en forme par exemple à la suite d'inflammations. De plus, l'examen des pièces permet d'affirmer que les deux grossesses (grossesse tubaire et grossesse dans la moitié droite de l'utérus) n'étaient pas au point de vue de leur âge très éloignées l'une de l'autre, en sorte qu'il existait en fait une grossesse extra-utérine et une grossesse intra-utérine simultanées.

Dans l'observation qu'on vient de lire, ainsi que dans celles qui portent les numéros 56, 57 et 58, on a vu survenir des *hémorragies* pendant la grossesse. Dans les deux premières, elles précédaient l'avortement ; dans la troisième, l'accouchement prématuré. Chez la femme de Walther, on a vu que c'étaient ces hémorragies qui avaient amené la femme à venir consulter et dans quelles conditions l'œuf avait été expulsé prématurément.

On entrevoit la possibilité de *présentations vicieuses* résultant de la présence du lithopédion. On est surpris de ne les rencontrer que chez deux femmes. Celle dont parle

Laugier, où il s'agit d'une présentation de l'épaule et dans le cas rapporté par Stoltz qui porte le numéro 46 et où la femme est accouchée deux fois prématurément, le premier enfant se présentant par l'épaule et le second par le siège.

OBSERVATION 64.

LAUGIER (GUILLEMOT. *Arch. de Méd.*, 1^{re} série, t. XXVIII, p. 232). SCHUHL. Voir tableau IV.

Grossesse tubaire droite ayant évolué jusqu'au cinquième mois. Deux grossesses utérines ultérieures. Laugier fut appelé pour le second accouchement, qu'il termina heureusement; le bras de l'enfant était hors de la vulve depuis trente-six heures.

Schuhl se demande si, dans le cas personnel qu'il publie (voir obs. 70), ce n'est pas le kyste fœtal qui a fait que l'enfant s'est présenté chez la femme dont il étudie l'histoire en OIGP, variété de position dont on connaît le peu de fréquence.

Enfin, pour avoir fini avec la série des complications que l'on rencontre avant l'accouchement du côté de l'œuf intra-utérin, il nous reste à parler des *cas où l'on a vu le fœtus mourir* avant le début du travail.

Il en a été nettement ainsi dans le cas rapporté par Bozenan (voir obs. 49), et les choses se sont probablement passées de même dans l'observation de Dezeimeris, numéro 41.

c) *Complications survenues du côté de la mère.*

Après avoir étudié les complications du côté du kyste fœtal, puis celles survenues du côté de la nouvelle gros-

sesse, voyons maintenant quels troubles fonctionnels ont déterminé chez la mère les deux tumeurs formées par la grossesse extra-utérine et la grossesse intra-utérine, soit par leurs poids, soit par leurs volumes réunis.

Dans l'observation suivante, c'est la gêne causée par le *poids* considérable qu'arrive à prendre le ventre que signale Wilmans.

OBSERVATION 65.

WILMANS (*Rev. med.*, 1829, p. 109). SCHUHL. Voir tableau IV.

Quatre grossesses utérines pendant la rétention du kyste extra-utérin. Grande gêne à cause du poids considérable du ventre dans les trois dernières grossesses. Quatre ans après le dernier accouchement, le fœtus est expulsé par le rectum et la vessie. Guérison.

Dans l'observation que rapporte Ruth (obs. 83), cette pesanteur arrive, dans les derniers temps de la grossesse, à rendre pénibles les moindres mouvements et oblige la femme à rester constamment étendue.

D'autres fois, la gêne résulte moins de la pesanteur que de la distension de l'abdomen, ayant, dans le cas publié par Hennigsen (obs. 61), entraîné un refoulement du diaphragme et secondairement une *dyspnée* telle qu'on a été forcé d'interrompre la grossesse au cinquième mois.

Dans l'observation suivante que Dibot publie dans sa thèse, ce sont des *troubles gastriques* qui sont signalés et qui seuls ont compliqué une grossesse d'ailleurs normale.

OBSERVATION 66.

DIBOT. « Accouchement naturel d'un enfant vivant pendant le cours d'une grossesse extra-utérine. » Th., Paris, 1895.

M^{me} A..., mariée à dix-huit ans. Neuf mois après, elle a eu un fils à bec-de-lièvre double compliqué d'écartement des maxillaires supérieurs et de la voûte palatine, 1859. Accouchée de nouveau en 1861 et 1862 d'enfants bien conformés, M^{me} A... a mis au monde, en 1867, une fille à terme qui a vécu dix-sept jours. En 1872, elle a fait une fausse couche de trois mois et demi.

Devenue enceinte au mois de décembre 1872, M^{me} A... se présente le 29 janvier 1873 à notre consultation.

Le 2 février, elle perd connaissance et, pendant un mois, elle conserve une tendance insolite aux lipothymies.

A partir du 10 février, le ventre est très douloureux, surtout du côté gauche. Vomissements. Tout mouvement devient impossible et arrache des cris de douleur. Le toucher vaginal et le rectal sont extrêmement douloureux; il y a sensation de chaleur et d'empâtement. Les urines, rares et difficiles, ne sont évacuées facilement que dans l'eau. La constipation est opiniâtre.

Le 28 février, nous pratiquons le toucher vaginal, et une quantité abondante de pus vient nous montrer, qu'avec la grossesse, existait un phlegmon péri-utérin que nous avions reconnu dès le 15.

A partir de ce moment, le mieux se fait rapidement sentir, les mouvements sont de plus en plus faciles. La grossesse continue, et nous voyons cette dame seulement le 3 septembre, après une nuit de douleurs. Le toucher indique que le moment de l'accouchement n'est pas encore venu. L'auscultation nous apprend que les bruits du cœur du fœtus sont vigoureux, faciles à percevoir; leur maximum d'intensité montre, ainsi que le toucher, que nous n'avons pas affaire à une présentation du sommet.

Appelé de nouveau, le 11 septembre, la patiente nous raconte qu'elle a des douleurs depuis la veille, et que cet accouchement n'est pas naturel parce que d'ordinaire, elle ne souffre que très peu de temps et qu'en une heure ou deux tout est terminé. Cependant, toute la journée du 11 et la nuit du 11 au 12, les douleurs se rapprochent et le toucher annonce que la dilatation du col ne se

fait pas. Vers le milieu du jour, les douleurs cessent tout à fait. Les mouvements de l'enfant ne peuvent plus être perçus et l'auscultation révèle l'absence des battements du cœur si faciles à entendre auparavant.

M^{me} A... se trouvant actuellement dans un état satisfaisant, nous conseillons le repos et la patience.

Je priai alors ma cliente d'aller voir M. Guéniot, dont le diagnostic fut : grossesse extra-utérine, intra-péritonéale (septembre 1873).

Les règles reviennent avec une grande régularité à partir du mois de mars 1874; elles sont seulement très peu abondantes à chaque époque.

M^{me} A... voit de nouveau manquer ses menstrues le 12 juillet 1875 et elle nous consulte à ce sujet.

Elle ressent une grande partie des symptômes rationnels d'une nouvelle grossesse, lesquels ne font que s'accroître les mois qui suivent. Toutefois, c'est du côté de l'estomac que se produisent les désordres les plus fréquents : envie de vomir, pyalisme, crachotements, pyrosis, vomissements bilieux le matin, dégoût des aliments préférés, appétence marquée pour ceux qu'on aimait peu. Tout le temps de la grossesse se passe cependant sans trop de malaises puisque notre cliente n'a pas interrompu son travail jusqu'à la veille de l'accouchement.

Le 16 avril 1876, jour de Pâques, M^{me} A... est prise de douleurs à midi, et, à 2 heures, tout est terminé, accouchement et délivrance. L'enfant, un garçon bien conformé, assez gros, s'est présenté par le sommet en première position.

Dès le 17, notre accouchée ressent un bien-être inexprimable, elle ne ressent aucun malaise et l'estomac, en particulier, ne donne plus cette sensation de brûlure qui a duré pendant toute la grossesse.

Il nous a fallu insister beaucoup et avec toute l'autorité que pouvaient faire craindre des suites dangereuses pour empêcher notre cliente de se lever avant le dixième jour. Le 1^{er} mai, M^{me} A... reprit ses occupations ordinaires.

Nous avons eu, depuis cette époque, l'occasion de revoir souvent cet intéressant sujet dans sa famille ou chez des amis dont nous étions le médecin, et nous pouvons affirmer que sa santé a été excellente jusqu'au 2 octobre 1891.

A cette date, M^{mo} A... est prise de vomissements et de diarrhée. Après deux jours de traitement, les vomissements cessent, mais la diarrhée persiste et devient inquiétante. A bout de ressources, la malade entre à l'hôpital de Lariboisière, le 1^{er} novembre, dans le service du Dr Raymond, alors en congé. Chaque jour, nous suivons la visite et nous voyons le mal empirer. La diarrhée ne s'arrête pas, les forces vont chaque jour en s'affaiblissant et la mort arrive le 15 novembre. Nous n'avons pas assisté à l'autopsie, mais nous avons vu le fœtus incrusté de phosphate de chaux et de carbonates calcaires.

Dans l'observation de Stein que l'on trouvera plus loin (obs. 63), la nouvelle grossesse a entraîné des *douleurs* dans la région sacrée et de la *faiblesse* au niveau de la jambe droite, accidents évidemment liés à des phénomènes de compression. C'est à une cause de même ordre qu'est certainement due la *pollakiurie* de la femme dont Tuppert rapporte l'histoire (obs. 50), et l'*obstruction rectale* signalée par Gordon au cours d'une cinquième grossesse ultérieure.

OBSERVATION 67.

GORDON (*Western Journ. of medicine and surgery*,
octobre 1848). SCHUHL. Voir tableau IV.

Six grossesses pendant la rétention du kyste extra-utérin. Les quatre premières, normales. Pendant la cinquième, le rectum fut comprimé par la tumeur (défécation presque impossible). A la fin de la sixième grossesse, la tumeur s'opposant à la descente du fœtus intra-utérin, Gordon fit l'extraction du fœtus extra-utérin après avoir incisé le vagin. L'accouchement se termina naturellement après. Guérison.

B. — CAS OU L'ON A VU SURVENIR DES COMPLICATIONS
AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

En étudiant les cas où l'accouchement n'a pas été normal, nous parlerons tout d'abord de ceux où la présentation a été vicieuse. Il existe deux observations de ce genre dont nous avons déjà parlé (obs. 46 et 64). Si la présence du kyste extra-utérin a déterminé la position vicieuse, c'est donc à lui que sont dûes également les interventions que cette dernière a nécessitées au moment de l'accouchement.

Pour l'étude des autres cas où l'enfant s'est présenté par le sommet, nous les classerons en deux groupes :

Un premier groupe où le kyste extra-utérin n'a pas modifié les dimensions de la filière pelvienne et où la longueur du travail semble due à une modification des contractions utérines déterminée, soit par le voisinage du kyste, soit parce que la tumeur extra-utérine, en modifiant l'axe utérin, rend ces contractions moins efficaces.

Dans le deuxième groupe, nous avons placé tous les cas où le kyste fœtal, étant situé de manière à déterminer un rétrécissement du bassin, a été un obstacle mécanique à la sortie du fœtus.

Dans la première catégorie, nous classerons les observations de Berghes et Albers, d'Oettinger, celle de Schuhl. Notre observation personnelle ne devrait-elle pas y entrer également? L'on a vu que le travail avait duré treize heures et demie, ce qui est un temps relativement considérable pour une femme ayant déjà accouché sept fois. Dans l'observation de Dahlmann, le poids de l'enfant suffit

à expliquer la longueur du travail et la nécessité dans laquelle on a été d'intervenir par le forceps, forceps auquel on a été obligé de recourir également dans les observations 69 et 70.

OBSERVATION 68.

BERGHES ET ALBERS (*Monatschr. f. Geburtsk.*, t. XVII, p. 46).
SCHUHL. Voir tableau IV.

Grossesse extra-utérine. Quatre grossesses utérines ultérieures. La première se termina par un accouchement long et douloureux.

OBSERVATION 69.

(ETTINGER (*Bull. de la Soc. anat.*, juin 1883). Observation reproduite en partie dans la thèse de M^{mc} GACHES-SARRAUTE. (Thèse, Paris, 1884.)

Le 11 juin 1883 entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Corvisart, lit n° 14, la nommée Eugénie Deligne, vernisseuse, âgée de cinquante-cinq ans. Cette femme déclare n'avoir jamais été malade. Elle a eu six grossesses et deux fausses couches. La dernière grossesse est arrivée à terme il y a quinze ans environ, mais elle a présenté des difficultés qui ne s'étaient pas produites aux précédentes; le travail a été fort long et on a dû recourir à une application de forceps. Elle a toujours été réglée régulièrement. Depuis quelques jours, dix ou douze environ, elle est fatiguée, mal en train; elle souffre de vomissements fréquents; ils sont soit bilieux, soit alimentaires, mais n'ont pas le caractère fécaloïde. L'abdomen est très distendu, peu douloureux à la pression, les anses intestinales se dessinent sous les parois abdominales. Par la palpation, on remarque la présence, dans la fosse iliaque droite, d'une tumeur ou plutôt d'un empâtement profond ne se déplaçant pas dans les mouvements de latéralité qu'exécute la malade.

Les selles sont rares, irrégulières, mais il n'y a pas d'interruption absolue au cours des matières fécales. L'état général est grave. Prostration très grande, faiblesse extrême. La malade ne répond qu'avec difficulté aux questions que nous lui adressons. La langue est sèche; la température de 38°,5.

A l'examen des poumons, nous constatons en arrière une matité étendue au tiers inférieur à droite, un souffle très accusé à ce niveau, une notable diminution des vibrations thoraciques. Les autres viscères semblent normaux. Le toucher vaginal nous révèle un utérus petit, sain, très mobile, les culs-de-sac sont absolument libres.

En présence de ces différents symptômes, nous pensons avoir affaire à des phénomènes d'obstruction intestinale produits par une ancienne tumeur abdominale dont il serait difficile de préciser la nature. Peut-être s'agit-il d'une péritonite tuberculeuse? L'affection pulmonaire serait là le phénomène principal venant rendre la situation très grave. Traitements toniques.

Mort vingt-quatre heures après l'entrée à l'hôpital.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — A l'ouverture de la cavité abdominale, nous sommes tout d'abord frappé de l'existence d'une tumeur beaucoup plus volumineuse que nous ne le supposions pendant la vie et qui occupe le flanc droit. Cette tumeur est constituée par un fœtus absolument calcifié. Il a pris l'attitude du fœtus de la cavité utérine, les membres repliés sur lui-même, la tête fléchie. Il a les dimensions d'un fœtus de six mois et demi environ. Tous les tissus sont infiltrés de sels calcaires, et il ne forme plus, dans son ensemble, qu'un bloc dur et très résistant. Les muscles ont cependant, en quelques endroits, surtout au niveau des cuisses, conservé quelque souplesse. Ce fœtus est absolument libre dans la cavité abdominale; il n'est nullement enkysté et ne présente que quelques adhérences à l'épiploon et à une anse de l'intestin grêle. L'utérus, les ovaires et les trompes sont absolument libres de toute connexion avec lui. C'est une grossesse purement abdominale.

La plèvre du côté droit renferme une certaine quantité de pus qui provient d'un foyer purulent péri-hépatique vidé de la cavité pleurale; la perforation du diaphragme est manifeste. Quant au foyer péri-hépatique, il englobe le foie, s'étend surtout à sa face postérieure jusqu'au rein en bas; à ce niveau, le péritoine est

épaissi, tapissé de fausses membranes anciennes. Les autres organes sont sains.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à deux points de vue. D'abord, l'existence d'un fœtus dont la présence avait passé inaperçue pour la malade pendant de longues années et dont la procréation devait remonter assez loin en arrière; depuis sa dernière grossesse, qui avait présenté des difficultés particulières, elle n'avait cessé de voir ses règles jusqu'à la ménopause, à quarante-cinq ans, et n'avait éprouvé aucun trouble dans sa santé. Sa grossesse extra-utérine remonterait-elle à une date antérieure? Elle daterait donc d'au moins seize ans. Cette tolérance est particulièrement remarquable par sa longue durée.

Quant aux causes de la mort, nous pensons qu'il faut les chercher dans cette péritonite circonscrite suppurée, survenue dans le cours d'une péritonite chronique latente, produite par la présence longtemps persistante d'un véritable corps étranger dans la cavité abdominale.

Les réflexions de l'auteur de cette observation sont fort judicieuses. Le fait que cette femme n'ait jamais vu manquer ses règles, depuis son dernier accouchement jusqu'à sa ménopause, et qu'elle n'ait, durant ce temps, éprouvé de troubles d'aucune sorte, semble bien prouver que la grossesse extra-utérine qui a donné naissance à ce lithopédion était antérieure au dernier accouchement, et que le lithopédion a été la cause des difficultés qu'il a présentées. On peut se demander si l'une des deux fausses couches qu'aurait faites cette femme n'a pas été l'expulsion de la caduque au cours de la grossesse ectopique.

OBSERVATION 70.

SCHUHL (Th. Nancy, 1883). Voir tableau IV.

Grossesse extra-utérine ancienne. Grossesse utérine postérieure normale. Au moment de l'accouchement, la tête s'engage en

OIGP. Absence de mouvement de rotation interne. Ralentissement des bruits du cœur. Forceps. Occiput dégagé en arrière. Enfant vivant. Suites de couches normales.

OBSERVATION 71.

DAHLMANN (*Arch. für Gyn.*, t. XV, 1880, p. 128).

SCHUHL. Voir tableau IV.

Une grossesse utérine postérieure à la grossesse ectopique. Accouchement terminé par une application de forceps. La lenteur du travail étant due probablement, dans ce cas, au volume de l'enfant (5,300 gr.). La délivrance ne se fait qu'après une heure et demie. Hémorragie. Poids du placenta, 1,000 grammes.

Les femmes chez lesquelles la tumeur extra-utérine a rétréci plus ou moins la filière pelvienne sont au nombre de douze.

Dans l'observation de Bossi que l'on a lue plus haut (n° 59), on a vu que le rétrécissement du bassin était tel qu'il n'existait qu'une distance de 27 millimètres entre la tête du fœtus extra-utérin plongeant dans l'excavation et la face postérieure du pubis; rétrécissement qui fit provoquer chez cette femme cinq fois l'avortement. Dans l'observation de Muller (n° 60), c'est également l'état du petit bassin qui amena à interrompre prématurément le cours de la grossesse. Dans celle de Day enfin (n° 58), la tumeur extra-utérine put être repoussée une première fois lors d'un accouchement, et fit recourir ultérieurement à l'avortement et à l'accouchement prématuré provoqués.

Dans l'observation de Yardley (n° 44), un accouchement arrivé à terme a pu se terminer spontanément, mais

l'enfant a été expulsé mort et le travail a été lent. Dans le cas de Bozenan (n° 49), où l'on a dû recourir à une application de forceps pour extraire un enfant de sept mois et demi, il est bien probable que le bassin était également rétréci.

Dans les deux observations suivantes, de Cheston et de Stein, le fœtus n'a pu être extrait qu'à l'aide des crochets ou du céphalotribe.

OBSERVATION 72.

CHESTON (*Transact. médic. chirurg.* T. V).

SCHUHL. Voir tableau IV.

Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'à terme. Redevenue enceinte, elle ne put accoucher. Il fallut arracher l'enfant avec les crochets. A la suite de cette opération, la femme rend des matières très fétides avec les os du premier fœtus. Mort de la mère.

OBSERVATION 73.

STEIN (le jeune), (*Annales.* 1^{re} partie, p. 67, rapportée par PUCHELT, *De tumor in pelvi partum impredientibus*, 1840, p. 172). SCHUHL. Voir tableau IV.

Rétrécissement du bassin par une tumeur provenant, d'après Stein, d'une grossesse ovarique. Au cours d'une grossesse utérine ultérieure, douleurs dans la région sacrée et faiblesse de la jambe droite.

Au moment de l'accouchement, enfant mort, céphalotripsie.

Dans les cinq derniers cas, dont il nous reste à parler, la tumeur extra-utérine a été un obstacle absolu à la sortie du fœtus.

Dans celui de Gordon (obs. 67), on a vu qu'un accouchement ultérieur n'a pu se terminer qu'après l'extraction préalable du fœtus extra-utérin par le vagin. Dans les cas de Hugenberg, Sænger et Schauta, on pratiqua l'opération césarienne.

Une femme enfin, celle dont Chambry de Boulaye rapporte l'histoire, est morte sans avoir été délivrée.

OBSERVATION 74.

HUGENBERGER (*Bericht über die Vorkommnisse in dem Hebammeninstitute zu Petersburg, 1845-1859*, analysé in *Monatsh. f. Geburtskunde* 1863, p. 237). SCHUHL. Voir tableau IV.

Rétrécissement du bassin causé par la présence d'un kyste fœtal extra-utérin de 9 centimètres et demi de long, 6 centimètres et demi de large et ayant une épaisseur de 5 centimètres et demi. Opération césarienne. Enfant vivant. Mort de la mère.

OBSERVATION 75.

SÆNGER (*Mon. Schr. f. Geb. u. Gynæk*, I. 1, p. 21, janvier 1895. *Schmidt's Jahrbücher*, 1895, t. 745, p. 319).

« Conception à travers un orifice tubaire accessoire. Opération césarienne rendue nécessaire par une grossesse extra-utérine antérieure. »

Ce cas est remarquable par la manière particulière dont s'est faite cette conception et par la cause, toute particulière également, qui a nécessité l'opération césarienne.

Femme âgée de trente-deux ans, trois accouchements spontanés à terme; le dernier, il y a huit ans. Entre ces accouchements à terme, deux avortements. Il y a deux ans, elle avait cru, au troi-

sième mois d'une grossesse, faire un nouvel avortement. Cette femme, redevenue enceinte, a été amenée au professeur Sænger, dans la 36^e ou 37^e semaine de sa grossesse, à cause de l'existence d'un obstacle insurmontable à l'accouchement. Cet obstacle était constitué par un kyste fœtal ectopique, ratatiné sur lui-même et fixé, ainsi que par des brides cicatricielles intra et extra-péritonéales qui avaient été produites par une ancienne hématoçèle, accompagnée probablement de phénomènes inflammatoires. Vingt jours après, treize heures après le début du travail, opération césarienne, enfant vivant.

En suivant avec la main la trompe droite, on arrivait au fond du cul-de-sac de Douglas, sur une tumeur de forme arrondie, dure, ne pouvant être mobilisée, du volume du poing et présentant d'intimes adhérences avec les anses intestinales.

Ce kyste fœtal ainsi que les brides cicatricielles se trouvaient exclusivement dans le cul-de-sac de Douglas.

Vers le milieu environ de la trompe demeurée libre, à 7 centimètres à peu près de la corne utérine gauche, l'on voyait un pavillon accessoire, entouré de franges, de la grandeur d'une pièce de 50 pfennigs.

L'extrémité abdominale de la trompe gauche se perdait dans l'hématoçèle et était, par suite, entièrement oblitérée. La dernière conception n'avait donc pu se faire que par le pavillon accessoire que nous venons de décrire. On laissa en place le kyste fœtal perdu au milieu de ses adhérences. Pas de fièvre. Guérison.

OBSERVATION 76.

SCHAUTA (Cas publié par le Dr MUNK, *Prager med. Wochensch.*, 1890, n^{os} 43 et 44).

Femme qui portait un lithopédion dans sa trompe droite, lithopédion qui, par la situation fixe qu'il avait prise dans le bassin, devint un obstacle absolu à l'accouchement à la fin d'une nouvelle grossesse. Opération césarienne conservatrice. Enfant vivant qui, à la suite d'une myéloméningocèle, mourut le quatrième jour. Guérison de la mère.

OBSERVATION 77.

CHAMBRY DE BOULAYE, in PUCHELT (*Comment. de tum. in pelvi partum imped.*, 1840, p. 155. DANYAU. *Arch. de méd.*, troisième série, t. XIII, p. 476). SCHUHL. Voir tableau IV.

Rétrécissement du bassin par une tumeur résultant probablement d'une ancienne grossesse tubaire. Grossesse ultérieure, Accouchement impossible. Mûrt.

Le *fœtus a succombé* pendant le travail ou au cours de l'extraction dans un certain nombre de cas (voir plus haut obs. 44, 46 et 73).

Il en a été de même dans l'observation suivante.

OBSERVATION 78.

RECLUS (*Gaz. des Hôpitaux*, 28 mars 1895). « Hématocèle par rupture d'une trompe gravide. Opération huit ans après l'époque probable de l'avortement tubaire; existence de villosités choriales dans les caillots. » — Observation recueillie par notre ami, le D^r Launay, alors interne du service.

M^{me} F..., trente-six ans, présente des antécédents tuberculeux très nets; elle-même aurait eu quelques hémoptysies; elle ne présente aujourd'hui aucune lésion pulmonaire appréciable.

La malade accuse des douleurs au moment de ses règles depuis le début de sa menstruation. Elle a eu sept enfants avant l'année 1886.

Il y a huit ans, en 1886, la malade, perdant du sang depuis quelques jours, est prise subitement de douleurs abdominales qui la forcent à prendre le lit. Ces douleurs sont si violentes que la malade perd connaissance. Il est impossible de savoir s'il y avait eu auparavant suppression des règles. Pendant un mois,

les douleurs persistent en s'atténuant, et, pendant quatre mois, de légères métrorragies.

En 1887, la malade devient enceinte et accouche d'un enfant qui meurt en naissant. Elle n'en a plus eu depuis.

De 1887 à 1894, les règles sont toujours très douloureuses, et, entre deux époques menstruelles, fréquemment, surviennent des crises de douleurs violentes, accompagnées de légères métrorragies.

En janvier 1894, nouvelle crise douloureuse intense au moment des règles, plus forte qu'à l'ordinaire et, pendant un mois, métrorragies peu abondantes, mais continues. Les douleurs prédominent du côté gauche.

Entre janvier et août, la maladie reprend sa marche antérieure.

En août 1894, au moment des règles, nouvelle crise comme en janvier, après laquelle les métrorragies redeviennent continues, et, le 27 septembre, la malade entre dans le service de M. Reclus, à la Pitié.

En septembre, dès son entrée à la Pitié, la malade est prise de nouvelles douleurs que peut à peine calmer la morphine. Cette crise s'accompagne d'un très léger écoulement sanguin, elle dure huit jours et se calme.

L'examen pratiqué alors donne les renseignements suivants.

Le palper, très douloureux, dénote l'existence d'une masse dure dans le fond de la région hypogastrique, débordant dans les deux fosses iliaques.

Le toucher vaginal montre l'utérus dévié présentant son col à gauche; son corps fixe, immobilisé, reporté à droite et en avant, par une masse unie, dure, située derrière lui et débordant des deux côtés.

La malade est laissée au repos pendant le mois d'octobre sans qu'une nouvelle crise se produise. Au commencement de novembre, la masse qui englobe l'utérus a beaucoup diminué de volume, surtout à droite. Le 7 novembre 1894, M. Reclus fait une laparotomie et trouve le petit bassin rempli par une tumeur volumineuse, élastique, facile à décoller en avant, mais si adhérente, en arrière, aux organes environnants qu'il est impossible de l'en détacher.

L'ouverture de cette tumeur montre une poche aux parois épaisses, très vasculaires, et contenant des caillots sanguins, anciens et tassés comme dans un anévrisme.

L'extirpation de la poche étant reconnue impossible, M. Reclus

la vide des caillots qui la remplissent, place un mickulicz et repousse la cavité abdominale.

Les suites opératoires furent excellentes et la malade sortit quelque temps après ne ressentant plus aucune douleur.

Parmi les caillots sanguins, se trouvait une masse fibrineuse plus dure, plus blanche, plus ancienne et située dans la partie inférieure de la poche, près de l'utérus. L'examen histologique de cette masse, fait par M. Pilliet, a permis d'y déceler la présence de quelques rares villosités placentaires fibreuses, mais reconnaissables, dispersées dans une masse de fibrine coagulée.

Dans les cas de Laugier (obs. 64) et de Cheston (obs. 72), il est bien probable que l'enfant a également succombé au cours du travail et qu'il était mort avant qu'on soit intervenu.

La *délivrance* semble, chez presque toutes les femmes, s'être faite sans présenter rien de particulier. Trois d'entre elles, seules, font exception à cette règle. D'abord, celle qui porte le numéro 71 dont l'expulsion du placenta, qui pesait, il est vrai, 1,000 grammes (enfant de 5,300) ne s'est faite qu'après une heure et demie et a été suivie d'une hémorragie entraînant la syncope. Puis, la femme dont parle Day (obs. 58), chez laquelle, à sa dernière grossesse, on a fait la délivrance artificielle qui a été suivie d'hémorragie, hémorragie qui a reparu le lendemain et a entraîné la mort.

Enfin, dans l'observation suivante qui parle d'une femme ayant accouché trois fois après sa grossesse extra-utérine et chez laquelle on a vu survenir, après l'expulsion du placenta, des hémorragies très intenses qui ne s'étaient pas produites dans les accouchements antérieurs et qui ont chaque fois mis les jours de la femme en danger.

OBSERVATION 79.

WALTER (P.-M.) (*Monatschr. f. Geburt.*, 1864, t. XVIII, p. 201).

SCHUHL. Voir tableau V.

Grossesse extra-utérine. Cette femme accoucha trois fois depuis. Après l'expulsion du placenta, il y eut chaque fois des hémorragies très intenses.

C. — COMPLICATIONS SURVENUES PENDANT LES SUITES

DE COUCHES

Si l'on excepte la femme dont parle Day (obs. 58), et qui a succombé, comme nous l'avons dit, à une hémorragie deux jours après avoir avorté, toutes les complications que, durant les suites de couches, on rencontre chez la mère, sont liées à l'inflammation du kyste; inflammation dont le début remonte au moment de l'accouchement.

Chez trois femmes cependant, ce n'est pas à l'accouchement qu'a succédé l'inflammation, mais à l'avortement. Ce sont les cas 59, 60 et 61. Dans les deux premiers, l'avortement, provoqué à cause de l'état du petit bassin, détermine l'inflammation du kyste qui s'ouvre dans le rectum et entraîne ultérieurement la mort. Dans le troisième, où l'avortement a été provoqué à cause de la dyspnée, le kyste s'enflamme également, s'ouvre au niveau de la paroi abdominale et la femme finit aussi par succomber.

Parmi les 14 cas où l'inflammation du kyste est survenue après l'accouchement, 5 fois la femme est morte. Nous parlerons d'abord des 9 autres chez lesquelles, 2 fois, le kyste s'est enflammé sans s'ouvrir et où il s'est

ouvert 7 fois, soit au niveau de la paroi abdominale, soit dans l'intestin, soit même dans l'utérus.

Les deux premières observations sont celles de Cohen et de Perfect.

OBSERVATION 80.

COHEN (*Gaz. méd. de Paris*, 27 septembre 1835, p. 616).

SCHUHL. Voir tableau V.

Grossesse extra-utérine. A depuis accouché deux fois normalement. Deux jours après le dernier accouchement, inflammation du kyste.

OBSERVATION 81.

PERFECT (in BARNES. *Leçons sur les opérations obst.*, trad.

CORDEË, 1873, p. 251). SCHUHL. Voir tableau V.

Grossesse extra-utérine. Accouche depuis à terme d'un enfant vivant. Cinq jours après, inflammation du kyste ectopique.

Dans trois des autres cas où la mère survécut, le kyste s'ouvrit au niveau de la paroi abdominale. Ce sont ceux de Bochart, de Ruth et de Drake.

OBSERVATION 82.

BOCHARD (*Journ. de méd.*, 1756, t. V, p. 422).

SCHUHL. Voir tableau V.

Grossesse extra-utérine. Une grossesse utérine ultérieure. Accouchement à terme d'un enfant vivant à la suite duquel le kyste s'ouvrit au niveau de l'ombilic.

OBSERVATION 83.

RUTH. « Mehrjährige Graviditas extra-uterina nach dazwischen verlaufener normaler Schwangerschaft durch den Kaiserschnitt beendet. » (*Journ. d. Chirurg. und Augen Heilk.*, 1824, p. 448).

Cette observation est évidemment la même que celle qui porte le numéro 18 dans la thèse de Schuhl, et qui y figure comme ayant été publiée par Buhl dans les *Archives de Médecine*, 1^{re} série, t. IX, p. 423. On n'en donne qu'un résumé très succinct. En ayant retrouvé le texte original dans le *Journal de Chirurgie und Augen Heilkunde*, de 1824, il nous a paru assez intéressant pour être publié presque *in extenso*.

Malgré la traduction que nous en donnons, et que nous avons cherché à rendre aussi fidèle que possible, nous engageons néanmoins le lecteur à se reporter à l'original pour le pittoresque des expressions.

Charlotte Wisatzky, âgée de trente-six ans, du village de Bodland, circonscription de Osenberg, dans la haute Silésie, était d'une bonne constitution et avait déjà eu six enfants dont quatre vivent encore. Le plus jeune est âgé de cinq ans. Elle était devenue enceinte il y a trois ans et neuf mois environ. L'abdomen avait augmenté peu à peu de volume, le fœtus avait donné signe de vie, en un mot, elle avait entière connaissance de sa grossesse; mais ce qui distinguait celle-ci de celles qu'elle avait eues auparavant, c'étaient des douleurs abdominales qu'elle ressentait particulièrement à gauche au-dessous de l'ombilic. Au début, ces douleurs étaient peu fortes et supportables, mais elles augmentèrent petit à petit d'intensité et cela surtout à partir du sixième mois de la grossesse; surtout vives la nuit, elles devinrent tellement fortes qu'il lui arriva souvent de sauter comme désespérée de son lit, en proie à une grande agitation.

Les règles n'avaient pas cessé de paraître pendant toute la durée de la grossesse, mais revenaient tous les six ou huit jours. La femme perdait souvent des caillots mêlés de glaires. Cependant, l'état général se maintint suffisamment bon pour que dans le septième mois de sa grossesse cette femme pût danser à une noce.

Environ cinq à six semaines avant le terme présumé de la grossesse, elle se trouvait au bord d'une rivière, faisant sa lessive, quand un linge qui venait de lui échapper fut emporté par le courant; et comme elle se baissait précipitamment pour le rattraper, elle sentit tout à coup quelque chose éclater dans son corps avec un bruit de détonation. Instantanément apparut une grosseur du volume de deux poings à droite et en dessous de l'ombilic; elle perdit connaissance et fut transportée chez elle, où elle garda le lit pendant cinq semaines avec des douleurs sourdes dans l'abdomen.

Alors survinrent, avec assez d'intensité, des douleurs régulières; la sage-femme appelée examina la femme en travail et lui fit espérer une prochaine délivrance; mais comme, après deux jours et deux nuits, l'orifice cervical ne permettait toujours que l'introduction d'un doigt, on appela non seulement deux autres sages-femmes, mais également le D^r Perl, de Kreuzburg; quelque extraordinaire que fût le cas, personne ne pensa à la grossesse extra-utérine abdominale. La grosseur qui avait apparu au côté droit et dont nous avons parlé tout à l'heure, disparut au moment où survinrent les douleurs; jusqu'à ce moment, le fœtus avait très nettement donné des signes de vie. Ces signes disparurent alors brusquement. Les douleurs cessèrent trois jours après. Pendant trois ou quatre semaines persistèrent cependant encore des souffrances rappelant celles du travail, localisées dans la région sacrée et le bas-ventre, douleurs qui finirent enfin par disparaître. Ainsi se remit cette femme, qui conserva néanmoins une certaine faiblesse, et l'abdomen d'une femme enceinte.

Dans cet état, elle vécut deux ans et trois mois, durant lesquels les menstrues revinrent très régulièrement, mais beaucoup moins abondantes que précédemment.

Elle redevint alors enceinte, ce dont elle eut parfaitement connaissance, et sentit remuer son enfant vers le milieu de la grossesse. Jusqu'au septième mois, rien de particulier. Mais, à

partir de ce moment, l'abdomen devint extrêmement volumineux, prit une coloration bleuâtre, par son poids gêna les moindres mouvements et obligea la femme à rester constamment étendue. Très affaiblie, elle arrive enfin au terme de sa grossesse et accouche d'un gros et bel enfant qu'elle nourrit elle-même au sein. Quinze jours après, l'enfant est atteint de muguet; il est mal soigné, dépérit, et meurt au bout de neuf semaines.

Quinze jours après son accouchement, au moment où la femme cessa l'allaitement, sa faiblesse avait atteint un degré extrême. Soif vive, diarrhée, amaigrissement excessif, contrastant avec les dimensions du ventre, qui reste volumineux; fièvre; à un pouce au-dessous de l'ombilic se forme une grosseur du volume d'un œuf de poule, qui est très douloureuse ainsi que tout l'abdomen. Au niveau de cette grosseur, de consistance molle, se formèrent deux petites ouvertures de la grandeur d'une tête d'épingle par lesquelles s'écoula une certaine quantité de pus.

Le Dr Perl, qu'on avait été de nouveau chercher à Kreuzburg, crut avoir affaire à un abcès et unit les deux petites ouvertures par un coup de lancette. Immédiatement après, il vit sortir une grande quantité de pus et des cheveux, et, à son grand étonnement, constata encore la présence de parties solides ressemblant à des os. L'état général de la femme fit déclarer au Dr Perl qu'elle n'avait plus trois jours à vivre et il pria qu'on vint le chercher tout de suite après la mort pour qu'il pût faire l'autopsie. C'est alors, dit le Dr Ruth, que je fus appelé auprès de la malade par une lettre du mari. Les renseignements qui me furent donnés par la personne qui me l'apportait me firent penser à l'existence d'une grossesse extra-utérine et je pris avec moi tout ce qu'il fallait pour faire une opération césarienne. En entrant dans la chambre, je fus frappé tout d'abord par l'épouvantable puanteur, semblable à celle que dégagent les matières fécales, que l'on sentait près de la malade. Langue sèche, pouls petit, fréquent, chaleur de la peau, diarrhée accompagnée de coliques, etc. Au toucher, le col avait l'aspect qu'il présente chez la multipare en dehors de la gravidité. Bassin normal, où il était impossible de constater quelque chose qui ne fût pas naturel; on n'arrive pas à y sentir de parties fœtales.

L'abdomen était régulièrement développé comme chez une femme enceinte; au-dessous de l'ombilic, se trouvait l'ouverture.

dont il a été parlé plus haut et qui avait une longueur de trois quarts de pouce. A travers la paroi abdominale, on sentait nettement des parties solides donnant l'impression de parties fœtales. Tout ceci me confirmant dans l'idée d'une grossesse extra-utérine abdominale, je me décidai à intervenir immédiatement. Comme je ne pouvais avoir le concours d'autres médecins, en dehors du Dr Perl qui était venu pour m'aider, je fis appeler le maire Jean Mrogalla et le juge Jerszon comme notabilités de Bodland ; outre ces personnes, les paysannes Schleier, Mrogalla, la veuve Wrouszek et la sage-femme de l'endroit assistaient à l'opération, que j'entrepris le 31 décembre 1822, à 8 heures du soir.

Après l'ouverture de l'abdomen, le corps d'un enfant, fort et entièrement développé, se présenta à moi. Il était situé du côté droit de la mère ; la tête répondait à la région inguinale, le dos était tourné vers la paroi abdominale de la région iliaque droite. Jambes légèrement fléchies au niveau des genoux, les pieds remontant jusqu'à l'hypocondre droit. L'épaule gauche était située à la partie inférieure de la région ombilicale, exactement à la place de la petite plaie que nous avons déjà mentionnée. Après avoir sorti l'enfant, je suivis le cordon ombilical, qui était très revenu sur lui-même, mais encore entier, et qui s'étendait de l'enfant par dessus l'utérus vers le côté gauche de la mère pour se perdre dans un paquet de vaisseaux mélangés de pus, fixé à la partie gauche et inférieure du grand épiploon (restes du placenta).

J'enlevai le tout ainsi qu'une grande quantité de pus. J'examinai après l'utérus, dont le fond remontait encore à 2 pouces et demi au-dessus de la symphyse et qui avait environ 3 pouces et demi dans sa longueur et 2 pouces et demi de largeur au niveau de son fond. Cet utérus était d'un rouge pâle, donnait à la palpation la sensation d'un sac élastique et creux, n'étant pas, me sembla-t-il, entièrement revenu sur lui-même depuis la dernière grossesse, et cela peut-être à cause de la faiblesse. En dehors de cela, il ne présentait rien de particulier.

Suture de l'abdomen ; on laisse un fort bourdonnet pour permettre l'écoulement du pus. L'enfant, qui avait été ainsi extrait, était du sexe féminin. Il avait une longueur de 18 ou 19 pouces et était parfaitement développé, ne présentant aucune anomalie incompatible avec la vie. Les cheveux, l'épiderme, les deux yeux

étaient détruits par la suppuration. Le pariétal gauche présentait une fracture en son milieu. La face, par suite de sa longue compression, était asymétriquement aplatie ; les bras étaient également aplatis. Tout le reste était normal, on ne constatait aucune monstruosité.

Ruth s'étend ensuite longuement sur les suites de l'opération, qui ont été très accidentées ; il conte presque au jour le jour les différents états par lesquels a passé cette malade et finit par écrire en regard de la date du 12 mars : « La malade est guérie, et est heureuse d'être de nouveau bien portante. »

Il fait suivre cette observation d'un certain nombre de remarques, et dit en particulier que la détonation perçue par la femme au moment où elle se penchait au bord de la rivière, détonation accompagnée de la sensation que quelque chose éclatait en elle, peut très bien s'expliquer. En effet, l'enfant, arrivé à terme, était avec le liquide amniotique, entouré de toutes parts par les membranes. La résistance qu'offraient les parois abdominales n'était pas, pour la protection de ces membranes, aussi puissante que si ces dernières avaient été dans l'utérus. En conséquence, les membranes pouvaient et devaient se rompre, et cela à l'occasion d'une pression sur l'abdomen, comme celle qui se produisit au moment où la femme se pencha et les eaux se répandirent dans la cavité abdominale. Les différentes parties du fœtus se trouvèrent ainsi mises davantage en évidence et il est bien probable que la grosseur du volume de deux poings qui apparut alors du côté droit et qui disparut au moment où commencèrent les douleurs, était formée par la tête de l'enfant, qui descendit ensuite tout naturellement jusqu'à la région inguinale où elle fut trouvée plus tard.

OBSERVATION 84.

DRAKE (*Trans-philos.*, 1847 ; *The Lancet*, 1828, t. II, p. 307).

SCHUHL. Voir tableau V.

Grossesse extra-utérine. Depuis, un accouchement à terme après lequel le fœtus extra-utérin fut expulsé par un abcès.

Dans les cas 48 et 85 le kyste s'est ouvert dans le rectum. Dans l'observation 86, c'est dans l'utérus lui-même qu'il semble avoir déversé son contenu. Dans l'observation 87, on ne précise pas la voie par laquelle s'est faite l'expulsion d'un fœtus putréfié.

OBSERVATION 85.

HADERUP (*Nord med. Arkiv.*, t. II, n° 13, résumée, in *Jahresbericht*, 1870, t. II, p. 332). SCHUHL. Voir tableau V.

Après une grossesse normale et à terme, des os du fœtus extra-utérin furent expulsés par le rectum.

OBSERVATION 86.

LAMY (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1877, p. 27).
SCHUHL. Voir tableau V.

Grossesse extra-utérine. Depuis, un accouchement normal à terme. A partir de ce moment, menstrues irrégulières, fétides. Expulsion de cheveux et d'os.

OBSERVATION 87.

TEICHMEYER (MULLER, Thèse, Nancy, 1877, p. 105).
SCHUHL. Voir tableau V.

Accouchement normal suivi de l'expulsion du fœtus extra-utérin putréfié.

Parmi les cinq femmes qui ont succombé à l'inflammation du kyste, chez deux d'entre elles le kyste ne s'est pas ouvert (obs. 88 et 89); chez deux autres, cette ouverture s'est faite dans l'intestin (obs. 90, 91); enfin le

cinquième cas, où la femme est morte à la suite de l'accouchement, est celui où Cheston (obs. 72) parle d'une femme qui rendit, après avoir été délivrée, des matières très fétides et des os, sans dire par quelle voie s'était faite cette expulsion.

OBSERVATION 88.

FABER (*Medizinisches corresp. Blatt der Wurtemberg ertz. Vereins*, n° 39, 1855, résumée in *Jahresbericht*, 1855).
SCHUHL. Voir tableau V.

Grossesse extra-utérine. Ultérieurement, un accouchement à terme suivi d'une inflammation du bas-ventre qui entraîne la mort de la femme.

OBSERVATION 89.

WILL d'Aberdeen. « Cas de grossesse extra-utérine ne donnant lieu à aucun accident pendant dix ans et permettant plusieurs grossesses normales. » (*Monthly Journal; Gaz. des hôpitaux*, 27 août. 1857.)

Une femme de trente-neuf ans, de faible constitution, fut atteinte dix années auparavant et pendant sa première grossesse, d'une affection hypogastrique inflammatoire. A l'étonnement de son médecin, l'avortement n'eut pas lieu. Au terme voulu de cette grossesse survinrent de fortes douleurs, lesquelles diminuèrent sensiblement après des pertes peu abondantes de mucosités sanguinolentes par le vagin, et bientôt cessèrent entièrement, ainsi que les mouvements du fœtus.

En 1850 eut lieu une deuxième grossesse, dont le cours fut tout à fait normal, et en 1851 elle accoucha d'une fille bien portante. En février 1854 elle accoucha d'un garçon en bon état, mais le troisième jour elle ressentit des frissons et plus tard des douleurs à l'hypogastre; il y eut fièvre, constipation, vomissements de

matières verdâtres et trois mois après l'accouchement cette femme mourut dans un état d'émaciation considérable.

A l'autopsie, on trouva dans la cavité abdominale un fœtus d'une couleur jaune clair, occupant un espace compris entre la région ensiforme (processus ensiformis) jusqu'à la région vaginale, ayant la tête dirigée vers le haut et le dos tourné du côté droit de la mère. Ce fœtus était contenu flottant dans un kyste adhérent en avant aux parois abdominales, en arrière, sur plusieurs points, avec la masse intestinale. Ce kyste contenait aussi des matières fécales qui, par trois ouvertures, s'y étaient versées du canal intestinal.

L'utérus se trouvait placé directement sous ce kyste sans avoir aucun rapport avec lui. Du reste, l'utérus comme l'ovaire droit et les trompes de Fallope étaient dans un état normal. L'ovaire gauche manquait.

Dans le courant des deux grossesses, comme aussi en dehors d'elles, la tumeur non seulement ne réveilla aucune douleur mais elle ne causa même pas la moindre incommodité à cette malade.

Cette observation est la même que celle qui porte le numéro 27, dans la thèse de Schuhl, où elle est résumée en cinq lignes. C'est, comme on vient de le voir, un cas type d'inflammation du kyste fœtal consécutive à un accouchement ultérieur et il nous a semblé qu'il y avait intérêt à le reproduire avec plus de détails.

OBSERVATION 90.

TERRY (*Brit. med. journ.*, 21 septembre 1867, résumée in *Jahresbericht*, 1867, p. 591). SCHUHL. Voir tableau V.

Grossesse extra-utérine. Depuis, deux accouchements à terme. Après le deuxième, ouverture du kyste extra-utérin dans le rectum. Mort.

OBSERVATION 91.

SIMPSON (*Edimb. med. journ.*, 1877, p. 645, résumée par DESCHAMPS, Th., Paris, 1880). SCHUHL. Voir tableau V.

Grossesse extra-utérine. Deux grossesses utérines consécutives. A la suite de la seconde, ouverture du kyste dans l'intestin, mort de péritonite et épuisement.

A la suite de ces observations, nous plaçons celle de Jägerschmidd, où la mort a peut-être été due également à l'inflammation du kyste.

OBSERVATION 92.

JÄGERSCHMIDD. Cas rapporté par VAN CAUWENBERGHE. *Des grossesses extra-utérines*. Bruxelles, 1867, p. 238. (Cité par SCHUHL.)

Il s'agit d'une femme ayant eu une grossesse extra-utérine, qui succomba cinq ans après aux suites d'une nouvelle grossesse et chez laquelle on trouva une transformation adipo-cireuse du kyste fœtal.

Si maintenant, nous cherchons ce que sont devenus les *enfants* qui sont nés vivants à la suite de ces nouvelles grossesses, nous voyons que l'on a noté la mort de cinq d'entre eux pendant les premiers jours (obs. 39, 42, 43 et 76). Dans la dernière de ces observations, l'enfant était atteint de myéloméningocèle.

Chez la femme de Ruth (obs. 83) et chez celle dont nous avons publié personnellement l'observation, l'enfant est mort quelques semaines après l'accouchement.

Il est bien probable que ce ne sont pas là tous les cas où le fœtus est mort durant les suites de couches et il a dû en être ainsi dans un certain nombre des observations où le sort de l'enfant n'est pas indiqué.

Pour avoir donné la liste complète des femmes qui ont eu, après une grossesse extra-utérine non opérée, de nouvelles conceptions utérines, il nous reste à parler de deux cas : celui de Gottschalk, qui est intéressant en ce qu'il montre la possibilité de la conception malgré l'existence d'un kyste extra-utérin suppuré, ouvert depuis plusieurs mois dans la vessie et celui de Mac Clintock (1) où il s'agit évidemment aussi d'une grossesse intra-utérine survenue après une grossesse ectopique et dont nous n'avons pu retrouver l'observation.

OBSERVATION 93.

GOTTSCHALK (*Centr. bl. f. Gyn.*, 1894, p. 954). « Ancienne grossesse tubaire avec fœtus momifié. Suppuration. Rupture dans la vessie. Nouvelle grossesse intra-utérine. »

Femme âgée de trente-six ans. Atteinte de tuberculose pulmonaire très avancée, présentant au niveau de la fosse iliaque droite une tumeur du volume d'une tête d'enfant, qui était la cause d'une fièvre très vive et de fortes douleurs. Depuis plusieurs mois, la malade perdait, mélangé à l'urine, du pus très fétide. Quand on exerçait une pression sur cette tumeur, on voyait s'écouler du pus par l'urètre.

Opération. Découverte d'un lithopédion dont certains os du crâne et certaines côtes étaient nettement reconnaissables. Gottschalk pense avoir affaire à un fœtus de l'âge de quatre mois. La malade meurt le cinquième jour à la suite d'une hémoptysie. A

(1) MAC CLINTOCK. *The amer. gyn. and obst. journ.* (vol. VI, n° 4, p. 516).

l'autopsie, on trouve l'utérus en antéflexion, légèrement agrandi, et dont la cavité contenait, au niveau de la trompe gauche, certaines parties qu'après examen, Gottschalk croit être formées par un œuf de trois semaines environ recouvert de sa caduque réfléchie. Dans ce cas, il y aurait donc eu une nouvelle conception succédant à une grossesse extra-utérine transformée en lithopédion.

D'après les renseignements assez vagues que Gottschalk a pu recueillir, cette grossesse tubaire remonterait à dix ans au moins.

RÉSUMÉ

Avant de parler des femmes ayant eu une grossesse utérine après grossesse extra-utérine *opérée*, nous croyons devoir, pour plus de clarté, donner un résumé des observations précédentes.

Ces observations sont, on l'a vu, au nombre de 93. Nous en détacherons la dernière, celle de Gottschalk où, après la mort, on a trouvé dans l'utérus un œuf de trois semaines.

Restent 92 femmes ayant eu, après leur grossesse ectopique, un total de 147 grossesses utérines.

Chez 37 de ces femmes, le kyste extra-utérin ne semble avoir eu aucune influence sur ces conceptions ultérieures. Chez une d'entre elles, celle dont Santorini rapporte l'histoire (obs. 38), cette influence a été heureuse, puisque à la suite de la nouvelle grossesse, on a vu disparaître la constipation opiniâtre qui s'était établie après la grossesse extra-utérine.

Chez les 54 autres, cette influence a été fâcheuse et amena des accidents.

Certaines de ces femmes sont redevenues enceintes plusieurs fois, et l'on a vu parfois des complications survenir à chacune de ces grossesses consécutives. Dans

d'autres cas, il n'en a pas été ainsi, et la femme chez laquelle tout s'était d'abord passé normalement, a vu se produire après des accidents; d'autres fois, au contraire, ce sont les premières grossesses qui ont été compliquées. Enfin, il arrive souvent qu'une même femme présente plusieurs variétés d'accidents.

Pour compter leur fréquence, nous les calculerons par rapport au nombre des grossesses.

Pour l'étude de ces complications, nous avons successivement considéré celles qui sont apparues pendant la grossesse, celles qui sont survenues au cours de l'accouchement et celles qui ont troublé les suites de couches.

A. COMPLICATIONS SURVENUES PENDANT LA GROSSESSE.

a) *Du côté du kyste fœtal extra-utérin.*

— 3 fois, douleurs au niveau du kyste (obs. 39, 40, 41).

— 2 fois, inflammation ou réveil d'inflammation (obs. 41 et 42).

b) *Du côté de l'œuf intra-utérin.*

— On a observé 24 avortements et 10 accouchements prématurés.

22 fois, ces accidents se sont produits spontanément :

13 avortements (obs. 44, 45, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 56, 57).

9 accouchements prématurés (obs. 39, 43, 46, 49, 50, 55, 58).

9 fois, l'interruption de la grossesse a été provoquée intentionnellement, à cause ou par crainte d'accidents :

8 avortements (obs. 58, 59, 60, 61).

1 accouchement prématuré (obs. 58).

Ces femmes chez lesquelles on est ainsi intervenu, sont mortes toutes les quatre. L'une, à la suite d'hémorragies, les trois autres consécutivement à l'inflammation du kyste. Nous devons ajouter que chez l'une de ces dernières, on provoquait ainsi l'avortement pour la cinquième fois.

— 3 fois, l'avortement est survenu après des interventions n'ayant pas pour but l'interruption prématurée de la grossesse (obs. 40, 62, 63).

— 4 fois, des hémorragies ont été signalées (obs. 56, 57, 58 et 63).

— 3 fois, des présentations vicieuses : 2 épaules, 1 siège (obs. 46 et 64).

— 2 fois, le fœtus est mort avant le début du travail (obs. 41, 49).

c) Accidents que déterminèrent chez la femme, l'ancienne et la nouvelle grossesse, par leurs volumes ou leurs poids réunis.

— 2 fois, grande gêne déterminée par le poids (obs. 65 et 83).

— 1 fois, troubles dyspnéiques graves (obs. 61).

— 1 fois, troubles gastriques (obs. 66).

— 1 fois, compression rectale (obs. 67).

- 1 fois, compression vésicale (obs. 50).
- 1 fois, compression nerveuse (obs. 73).

B. COMPLICATIONS SURVENUES AU MOMENT
DE L'ACCOUCHEMENT.

- On est intervenu 12 fois.
- 3 fois, par la version (obs. 46, 58 et 64).
- 4 fois, avec le forceps (obs. 49, 69, 70, 71).
- 1 fois, avec les crochets (obs. 72).
- 1 fois avec le céphalotribe (obs. 73).
- 1 fois, pour permettre l'accouchement, on a fait au préalable à travers le vagin, l'extraction du fœtus extra-utérin (obs. 67).
- 3 fois enfin, on a pratiqué l'opération césarienne (obs. 74, 75, 76).
- Dans un cas (obs. 77), la femme est morte après un travail de dix jours, sans avoir expulsé son fœtus et sans qu'on soit intervenu.
- 7 fois, le fœtus est mort pendant le travail ou au cours de l'extraction (obs. 44, 46, 64, 72, 73, 78).

Délivrance.

- 1 fois, on a dû faire la délivrance artificielle (obs. 58).
- 5 fois, se sont produites des hémorragies (obs. 58, 71, 79).

C. COMPLICATIONS SURVENUES PENDANT LES SUITES
DE COUCHES.

Du côté de la mère :

- 1 fois, on a vu survenir une *hémorragie*, qui, au bout de trois jours, a entraîné la mort (obs. 58).
17 fois, il y a eu *inflammation du kyste*.
— 3 fois, cette inflammation est survenue après avortement provoqué et a entraîné la mort.
2 fois, le kyste s'était ouvert dans le rectum (obs. 59 et 60).
1 fois, au niveau de la paroi abdominale (obs. 61).
— 14 fois, l'inflammation est survenue après l'accouchement.
9 fois, la femme a guéri. Dans ces 9 cas :
2 fois, le kyste ne s'est pas ouvert (obs. 80, 81).
2 fois, il s'est ouvert dans le rectum (obs. 48, 85).
3 fois, au niveau de la paroi abdominale (obs. 82, 83, 84).
1 fois, dans l'utérus (obs. 86).
1 fois, l'on n'indique pas la voie par laquelle a été expulsé le contenu du kyste (obs. 87).
5 femmes sont mortes, et chez ces femmes :
2 fois, le kyste ne s'est pas ouvert (obs. 88, 89).
2 fois, il s'est ouvert dans le rectum (obs. 90, 91).
1 fois, dans le rectum ou le vagin, sans que la chose soit précisée (obs. 72).

Dans l'observation 92, on dit que la femme a succombé aux suites d'une nouvelle grossesse, sans indiquer la cause de la mort.

Du côté de l'enfant :

On a noté 7 fois la mort.

5 fois, dans les premiers jours qui suivirent l'accouchement (obs. 39, 42, 43, 76).

2 fois, dans les premières semaines (obs. 55 et 83).

Mais il est bien probable, ainsi que nous l'avons dit, comme le sort de l'enfant n'est pas toujours mentionné, que le nombre de ceux qui sont morts pendant les suites de couches, s'élève à un chiffre supérieur.

Si l'on fait le total des femmes qui, après avoir eu une grossesse extra-utérine, sont mortes au cours ou à la suite d'une grossesse utérine consécutive, en éliminant le cas de Gottschalk, nous arrivons au chiffre 11. Comme nous l'avons vu, une femme est morte sans avoir été délivrée, une autre a succombé à une hémorragie le surlendemain de son avortement et 8 à la suite de l'inflammation du kyste. Chez la dernière, qui mourut après avoir accouché, on n'a pas noté la cause de la mort. Cela fait donc 11 morts, ce qui, pour 92 femmes, donne une mortalité de 11.9 p. 100.

D'après le résumé précédent, on voit que de toutes les complications, celle qui survient le plus souvent est l'in-

terruption prématurée de la grossesse. On la rencontre effectivement 34 fois sur 147 grossesses. Mais, s'il n'est pas le plus fréquent, *l'accident de beaucoup le plus redoutable est l'inflammation du kyste fœtal extra-utérin*, et, s'il n'a été rencontré que 19 fois, sur l'ensemble des décès qui sont au nombre de 11, il en a produit 8 et peut-être 9 (obs. 92).

L'on voit par suite quelle est la gravité d'une semblable complication qui a entraîné la mort dans près de la moitié des cas où elle s'est produite.

Comme nous l'avons dit plus haut, nous avons fait rentrer dans cette première catégorie de faits que nous venons de résumer, avec toutes les observations de femmes qui ont eu des grossesses utérines après une grossesse extra-utérine pour laquelle on n'était pas intervenu, tous les cas où cette grossesse ectopique avait été traitée par l'électricité ou les injections intra-kystiques.

Si nous cherchons maintenant à quel groupe appartiennent surtout les femmes ayant présenté des complications, nous voyons que ces dernières sont presque toutes de celui où il n'y a eu aucune intervention. Dans celui qui comprend 10 femmes dont la grossesse extra-utérine avait été traitée par l'électricité, on ne rencontre qu'un seul avortement (obs. 51); dans les 5 cas où l'on avait pratiqué les injections intra-kystiques, deux femmes ont présenté des accidents. L'une d'elles (obs. 54) a avorté deux fois et l'autre (obs. 60), chez laquelle on avait provoqué l'avortement, mourut à la suite de l'inflammation du kyste qui se développa secondairement.

Si l'on cherche quelle est la mortalité dans le premier

de ces trois groupes, celui dans lequel on n'avait fait aucune intervention au cours de la grossesse ectopique, et qui comprend 77 femmes, on la voit s'élever à 14.2 p. 100.

GROSSESSES UTÉRINES SURVENUES

APRÈS LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE OPÉRÉE

Les observations que nous avons pu retrouver et qui rentrent dans cette catégorie sont au nombre de 34. Ces 34 femmes ont eu 40 grossesses utérines après leur grossesse ectopique.

Si nous considérons à quel genre d'opération on a eu recours, nous voyons que chez 30 femmes, on avait pratiqué la laparotomie, que chez 3 autres on avait ouvert le kyste par le vagin, et qu'une fois enfin le fœtus extra-utérin avait été extrait par le rectum.

I

Observations des femmes chez lesquelles les grossesses utérines consécutives n'ont rien présenté de particulier.

Ces observations sont au nombre de 30. Dans les 27 premières, on avait pratiqué la laparotomie. La plus ancienne

que nous ayons pu retrouver est celle de la femme qu'opéra le chirurgien hollandais Abraham Cyprianus.

OBSERVATION 94.

ABRAHAM CYPRIANUS dont parle GEYL, in *Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynækologie*, t. VII, p. 531.

Il s'agit d'un cas de grossesse tubaire qui fut opérée à la fin du xvii^e siècle, par A. Cyprianus. A cette époque, Cyprianus avait déjà recours à la situation élevée du bassin, partant, pour le faire, de la même idée que, plus tard, Trendelenburg.

« *Qui etiam in majorem cautelam, ne intestine delaberentur, ægram ita collocaveram, ut superiores corporis partes aliquantulum essent depressæ : imo in eodem, hoc fere situ permansit muliercula, donec prorsus convalesceret ad vitandam scilicet herniam ventralem* ». Au sujet de la suture de la plaie abdominale, on lit : « *Imo ut firmior esset sutura, laminam lineam lineo obductam qua securius ora vulneris occluderentur toti incisioni ab utroquelatere applicavi, ac file supra laminas, sed non arcte ligavi* ».

Trois mois après, la femme était guérie.

Toute la cavité du sac fœtal s'était entièrement oblitérée après suppuration. La femme accoucha encore ultérieurement de deux enfants vivants.

OBSERVATION 95.

KLUYSKENS (J.-F), in-4°, Amsterdam, n. d.

Dans ce travail, Kluyskens étudie les différentes grossesses qui peuvent survenir en dehors de la matrice et rapporte le cas d'une semblable grossesse dans laquelle un enfant à terme, après un séjour de seize mois (?) dans le ventre de sa mère est extrait vivant par une ouverture faite à l'abdomen. Guérison de la mère qui a, depuis, donné le jour à deux autres enfants.

OBSERVATION 96.

HENING (*Soc. obs. de Leipsick*, 1888).

In Regnault, Th., Paris, 1881.

Femme âgée de trente-sept ans, ayant eu trois enfants et fait une fausse couche; depuis cette époque, elle a manifesté des signes indéniables de péri et de paramétrite. Tout fut inutilement employé pour arrêter les hémorragies; on pratiqua alors la laparotomie.

La main pénètre, en détruisant des adhérences, jusqu'à un espace situé à gauche de l'utérus d'où on attire à la lumière une tumeur arrondie, avec des prolongements membraneux, fermes et inflammatoires. En dépliant cette masse, on trouve une perforation, située sur la trompe droite, dans la cavité de laquelle on trouve un caillot sans trace d'embryon. L'extirpation de cette trompe amena une hémorragie qui nécessita un tamponnement avec la gaze iodoformée. Les jours suivants, la malade présente une tendance syncopale; la température monte à 39°,9; on attribue cette élévation à l'anémie et à la chute du sang décomposé dans le cul-de-sac de Douglas.

L'urine contenait des petits caillots sanguins et beaucoup d'albumine.

Le septième jour, un large lambeau de substance cartilagineuse sortit par l'ouverture vaginale; le neuvième jour, sortent une vingtaine d'os recouverts de sang frais. Deux mois après, la malade quitta l'hôpital, guérie, pour rentrer chez elle. Quelques jours après les règles reviennent normalement et, depuis, elle est redevenue enceinte.

OBSERVATION 97.

MICHELSSEN, in *Ann. de Gyn.*, 1888 t. XXIX, p. 53.

Michelsen présente à la soixantième réunion des médecins et naturalistes allemands, tenue à Wiesbaden en 1887, des pièces provenant d'une laparotomie faite pour une grossesse extra-utérine. Depuis cette opération, la femme dont il s'agit a eu un accouchement naturel.

OBSERVATION 98.

LAWSON TAIT. « Deux grossesses extra-utérines chez la même femme séparées par une grossesse normale. » (*Brit. med. J.*, p. 1001, mai 1888. — *Rev. des sc. méd.*, 1889, n° 33, p. 151.)

M^{me} R..., âgée de vingt-cinq ans, enceinte de trois mois, fut prise d'accidents graves de péritonite, le 9 mai 1883.

On constate chez elle une tumeur mal définie, occupant la fosse iliaque droite, et on diagnostique une grossesse tubaire avec rupture de la trompe. Le 11, la laparotomie fut pratiquée, la trompe droite enlevée et la malade guérit.

Dix-huit mois plus tard, elle redevint enceinte et eut un enfant après une grossesse régulière et un accouchement normal.

Quinze mois plus tard, elle fut de nouveau enceinte, et, pendant quatre mois, les symptômes de la grossesse n'offrirent rien de spécial. Le 9 mars, éclataient les accidents suivants : douleur atroce abdominale, pâleur, sensation de défaillance, vomissements. Mort rapide trois heures après.

L'autopsie montra l'abdomen rempli de sang et de caillots. Le placenta sortait par une large ouverture de la poche utéro-tubaire, et la mort avait été causée par hémorragie. La trompe gauche communiquait avec le sac fœtal et la rupture s'était faite à la partie supérieure et postérieure de la corne utérine gauche. Les estimations de la malade étaient exactes, et le fœtus était bien un fœtus de quatre mois ; ce qui prouve que, dans la grossesse tubaire interstitielle, la rupture peut être relativement tardive. A ce point de vue, il est très important de distinguer les cas où la rupture se fait dans le péritoine de ceux où elle se fait dans le ligament large. Ce sont ces dernières qui sont les plus favorables et qui permettent même parfois le développement ultérieur du fœtus pendant un certain temps.

OBSERVATION 99.

JULIUS VEIT. Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie von Berlin, 10 mai 1889, in *Zeitch. f. Geb. und gyn.*, band XVII, p. 335.

M. Veit (de Berlin) présente à la Société des pièces provenant

de grossesses extra-utérines : « J'ai vu, dit-il, une grossesse utérine normale se produire chez une femme guérie d'une laparotomie pour grossesse extra-utérine, de telle sorte que les femmes opérées de grossesses extra-utérines ne doivent pas être considérées comme stériles.

OBSERVATION 100.

Prof. REIN in *Kiew. centr. Bl. f. gynakol.*, XVI, 50, 1892. Zur Laparotomie bei Extrauterinschwangerschaft.

Dans les trois dernières années, Rein a pratiqué sept laparotomies pour grossesses extra-utérines.

Dans la cinquième, il s'agissait d'une grossesse abdominale primitive. Début de résorption du fœtus après rupture du sac dans le huitième mois. Extraction de l'enfant et du placenta au dix-neuvième mois. Les deux trompes et les deux ovaires sont normaux ; placenta fixé au fond de l'utérus.

Ultérieurement, grossesse normale.

OBSERVATION 101.

WYDER. Beitræge zur Extrauterinschwangerschaft, *Arch. für Gyn.*, XLI, 1 et 2. ; *Rev. des sc. méd.*, 15 octobre 1892, p. 591.

Wyder rapporte six observations de grossesse extra-utérine. Voici le résumé de la troisième :

Grossesse tubaire au deuxième mois. Expulsion, à cette époque, d'une membrane, qu'on prit pour un œuf abortif, et qui ne fut pas examinée. Rupture de la trompe. Hématocèle rétro-utérine et hémorragie intra-abdominale. Laparotomie, ablation de la totalité du sac fœtal. Guérison. Deux ans plus tard, grossesse normale.

OBSERVATION 102.

DE STRAUH (de Moscou) (*Annales de Gyn.*, 1895, t. XLIV, p. 468).

Communication de quarante-trois cas de laparotomie pour grossesses extra-utérines.

Ces quarante-trois femmes ont toutes guéri et ont même joui, par la suite, d'une excellente santé. Trois d'entre elles ont déjà eu des couches normales.

OBSERVATION 105.

HARRISON CRIPPS. Ten cases of operation for extra-uterine foetation (*Brit. med. j.*, 28 march., 1896).

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de quarante-trois ans, ayant accouché trois fois. Dernières règles vers le milieu d'août 1891. Pertes de sang au commencement d'octobre, avec des douleurs abdominales et tendance aux syncopes. Le 4 décembre, violent accès de douleurs qui se répète quatorze jours plus tard. Elle entre, à cette époque, à l'hôpital de Bartholomew. Ballonnement du ventre, grande pâleur. Par le toucher vaginal, on ne trouve rien de particulier, si ce n'est une légère résistance tout en haut. Laparotomie. On trouve une grande quantité de sang liquide et de caillots que l'on enlève. Ablation du kyste fœtal qui se trouvait dans la trompe droite. (La rupture s'était faite au niveau de la paroi postérieure.) Après trois jours, expulsion d'une caduque, guérison. Après dix mois, accouchement normal. (*Schmidt's Jahrbücher*, t. CCLI, p. 160.)

OBSERVATION 106.

OTTO ENGSTRÖM (*Finska läkaresällsk. handl.* XXXVIII, 12, s. 4006, 1896), in *Schmidt's Jahrbücher*, 1897, Band CCLIII, p. 172.)

Une femme de vingt-huit ans était accouchée, le 10 décembre 1886, d'un enfant vivant. Suites de couches fébriles pendant lesquelles elle avait ressenti une sensibilité au niveau du creux épigastrique, principalement à droite, sensibilité qui persista encore plus tard. Les règles revinrent régulièrement, mais moins abondantes qu'avant et accompagnées de vives douleurs. Depuis un certain temps, la femme avait des pertes blanches; à partir de juin 1891, les règles disparurent; en août, perte de sang noirâtre et vives douleurs épigastriques. En examinant cette femme, le 22 août, on

trouve l'utérus en antéflexion et présentant un agrandissement peu notable. La portion vaginale du col n'était pas sensiblement hypertrophiée ni ramollie; l'orifice du col était éloigné et donnait passage à un sang noir. Les annexes du côté gauche ne présentaient rien de particulier. Derrière l'utérus, et à droite, se trouvait une masse, de la grosseur d'un petit poing, masse d'une consistance pâteuse non mobilisable et sensible à la pression qui était en rapport avec la trompe droite, laquelle présentait déjà un certain épaissement au niveau de son insertion. On fit le diagnostic de grossesse tubaire droite. Les pertes de sang cessèrent au bout de quelques jours, elles revinrent ultérieurement, mais ne furent jamais abondantes.

Le 12 septembre, la masse que l'on avait sentie en arrière et à droite de l'utérus, remplissait toute la partie droite du petit bassin en empiétant même un peu sur le côté gauche. Le 13 septembre, on fit la laparotomie sous chloroforme; le petit bassin était rempli de caillots noirs et d'un peu de sang liquide. Des adhérences unissaient des anses de l'intestin grêle entre elles, à l'utérus et à la trompe droite; elles se laissèrent facilement rompre avec la main. Ablation de la trompe droite, qui était rompue, et de l'ovaire du même côté. La trompe et l'ovaire gauches étaient sains, mais entourés de pseudo-membranes que l'on enleva.

Sur les parois qui tapissaient l'intérieur de la partie élargie de la trompe droite, on trouva des villosités choriales.

L'opérée guérit sans complications et partit bien portante, le 8 octobre.

Cette femme redevint enceinte un peu plus d'un an et demi après et accoucha à terme, le 23 mars 1894, d'un enfant vivant.

OBSERVATION 107.

OTTO ENGSTRÖM (*Finska Läkaresällsk. handl.*, XXXVIII, 12, s. 1006, 1896). In *Schmidt's Jahrbücher*, 1897, Band CCLIII, p. 172.

Femme de vingt ans; à l'âge de dix-sept ans, avortement de deux mois. Accouchement à terme d'un enfant vivant le 11 juin 1893. Opérée le 13 janvier 1895 pour grossesse tubaire gauche. Au cours de cette opération, on trouve des caillots remplissant

tout le côté gauche du petit bassin. Des adhérences qui furent difficiles à rompre unissaient l'intestin et l'épiploon entre eux, au fond de l'utérus et à la trompe gauche; il fut particulièrement difficile de séparer la trompe de l'intestin, au niveau duquel on dut laisser une partie de cette dernière.

La trompe et l'ovaire droits étaient sains. La femme part guérie le 1^{er} février.

Le 4 novembre 1896, Engström examina cette femme de nouveau. Dernières règles, commencement d'août. L'utérus avait le volume et la consistance d'un utérus gravide de quatre mois, présentant une antéflexion et une mobilité normales. La portion vaginale était molle, d'une couleur violacée. Les parois vaginales offraient un certain degré de ramollissement, et une teinte également violacée. Autour de l'utérus, infiltration ni sensibilité. Rien jusqu'à ce moment n'est encore venu compliquer cette nouvelle grossesse.

OBSERVATION 108.

MICHINARD (P.-A.) (*The amer. j. of obst.*, vol. XXXIV, p. 36).

Res. in *Jahresbericht*, 1896, vol. X.

Femme de vingt-trois ans. Secondipare. Un accouchement normal. Jamais de maladie du côté des organes génitaux. Après que les menstrues ont manqué pendant onze mois, elles reparaissent de nouveau. La santé de la femme est très bonne. Au bout de six mois, la patiente s'aperçoit que son abdomen est plus développé et que ses jambes sont œdématisées. Trois mois après, subites douleurs dans le bas-ventre, évanouissements. On lui fait des injections de sérum. Laparotomie. On trouve, libre dans la cavité abdominale, un fœtus normal de 13 pouces de long, et dans le kyste fœtal, un autre fœtus, long seulement de 2 pouces et demi entièrement aplati. Guérison. La malade est maintenant au quatrième mois d'une grossesse intra-utérine.

OBSERVATION 109.

NOBLE (*The amer. j. of obst.*, vol. XXXIII, p. 886, in *Jahresbericht*, t. X, 1896).

Laparotomie pour grossesse extra-utérine. Les annexes du côté

opposé, parfaitement sains, sont laissés en place. Bientôt après, grossesse normale qui est maintenant près de son terme.

OBSERVATION 110.

CHARLES (*N. J. d'accouchement*. Liège, 1897, t. XVIII, 453, 463, 472).

Grossesse extra-utérine chez une primipare sans antécédents morbides; laparotomie à terme. Tannage du placenta, éliminé au bout de six semaines sans accidents. Suites heureuses pour la mère et l'enfant. Nouvelle grossesse, utérine cette fois, terminée normalement.

OBSERVATION 111.

KOKMANN (de Berne) (*Centralbl. of gynæk.*, 1897, p. 1221).

Cas publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, 17 mars 1898, par le D^r Puech. « Grossesse tubaire récidivée avec une grossesse normale entre la première et la deuxième grossesse extra-utérine. »

Femme tuberculeuse, menstruée régulièrement à l'âge de quatorze ans. Pertes blanches depuis l'âge de dix-sept ans. En 1884, avortement. Dernières règles en juillet 1890 (âge, vingt-quatre ans), douleurs dans le bas-ventre, picotements, crampes, nausées, vomissements, fièvre. Au commencement de septembre, métrorragie qui dure quatorze jours et se renouvelle quatorze jours plus tard.

A l'examen, pas de signes de gravidité. Au niveau du bord gauche de l'utérus, près de l'origine de la trompe, tumeur un peu aplatie vers la paroi gauche du bassin.

Laparotomie le 20 octobre après diagnostic de grossesse tubaire gauche. Suites opératoires normales.

En 1894-1895, grossesse normale terminée par la naissance d'un enfant vivant et bien portant.

Dernières règles en juin 1896. Pas de symptômes de grossesse. Résistance diffuse dans l'hypocondre droit. A droite de l'utérus, masse assez dure qui se prolonge en arrière et paraît en con-

nexion avec l'utérus, lequel est immobile. A gauche, deux petites tumeurs, restes de la castration antérieure. Diagnostic : grossesse extra-utérine droite. Laparotomie : œuf de six semaines.

Mort le huitième jour de pneumonie lombaire et de péritonite.

OBSERVATIONS 112, 113, 114.

ROUTIER (*Ann. de Gyn.*, 1896, p. 106). *Trois observations de femmes qui redevinrent enceintes après l'ablation d'un kyste fœtal extra-utérin.*

Dans le premier cas, dit-il, la grossesse avait près de cinq mois. La malade, qui avait déjà eu deux enfants, après avoir cru faire une fausse couche en octobre, sentait remuer en novembre, et je crus à ce moment percevoir le ballottement dans le kyste. J'ai dû intervenir, la grossesse était encore en évolution; la malade a guéri et a eu depuis une superbe fille.

Ma seconde devait avoir trois mois et demi environ. Elle avait rendu une caduque, je voulais l'opérer, on hésita pendant quinze jours et je l'opérai, pressé par quelques accidents péritonéaux.

Le kyste fœtal rompu était inclus dans une assez vaste poche d'hématocèle, au milieu de laquelle flottait la trompe très épaissie et dilatée dans sa partie externe qui faisait partie du kyste fœtal.

Cette hématocèle était abdominale, dans la fosse iliaque droite et n'était limitée que par les intestins agglomérés, reliés entre eux par une très légère fausse membrane.

Le kyste fœtal rupturé qui était au centre était au contraire à parois épaisses, sauf au point de rupture. Depuis l'opération, grossesse normale.

Mon troisième cas ressemble assez au précédent : j'avais traité par le repos sans curettage une femme pour une métrite hémorragique en février et mars 1894.

Le 3 juillet, elle fut prise de douleurs subites dans le ventre et vint demander un lit; l'utérus était immobilisé par une assez grosse tumeur à gauche, appartenant aux annexes; je la surveillai plusieurs jours et l'opérai le 17; cette fois, c'était la trompe qui s'était rompue près de son insertion à l'utérus; il s'était formé une hématocèle autour de la grossesse ectopique. Cette malade a également eu un enfant depuis mon opération.

OBSERVATION 115.

Prof. PINARD. *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au septième mois. Laparotomie. Guérison. Deux grossesses utérines consécutives.*

C... L..., âgée de vingt-huit ans, primipare, mariée depuis deux ans. Réglée à onze ans, régulièrement. Les dernières règles ont, dit-elle, eu lieu du 16 au 20 août 1891, mais les dernières règles sont probablement du 25 au 26 juin, car il n'y a pas eu de menstruation au mois de juillet. Grossesse très pénible, compliquée de crises douloureuses et d'hémorragies (1). La malade n'a senti remuer que pendant trois semaines, dans le courant de février. Entre à la clinique Baudelocque le 20 mars 1892. M. Pinard porte le diagnostic de grossesse extra-utérine et fait la laparotomie le 1^{er} avril 1892.

Opération. — Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane; incision du kyste fœtal; suture à la soie des parois du kyste à la paroi abdominale. Incision du placenta qui se trouve inséré sur la face antérieure du kyste et extraction d'un fœtus macéré de 290 grammes.

Le placenta est laissé dans le kyste; on nettoie le kyste avec des éponges trempées dans la solution phéniquée au 1/20 et on applique le pansement.

M. Pinard ne put faire qu'une petite incision du kyste en raison d'une anse intestinale qui passait en cravate au-devant de celui-ci et qui présentait des adhérences qui ne purent être détruites. Il put cependant, en pratiquant des tractions très douces et lentes, extraire le fœtus après avoir mis un point de suture pour empêcher l'incision de s'agrandir et de léser l'anse intestinale.

La malade quitte la clinique le 29 mai 1892, ayant encore un petit trajet fistuleux duquel il ne sort rien.

Cette femme est accouchée heureusement deux ans après. M. Pinard l'a revue le 21 juin 1897, au huitième mois d'une nouvelle grossesse utérine. Elle était venue savoir si son deuxième enfant se présentait bien et avait avec elle son premier enfant.

1. L'observation de cette grossesse extra-utérine est publiée *in extenso*, dans les *Annales de Gynécologie*, septembre 1892.

OBSERVATION 116.

Prof. PINARD. *Grossesse extra-utérine. Laparotomie. Guérison. Une grossesse utérine ultérieure.*

Le 22 juin 1897, M. Pinard, dans un rapport qu'il faisait à l'Académie de Médecine, a parlé du cas précédent et d'une autre femme à laquelle il avait fait deux ans avant une laparotomie pour grossesse extra-utérine et qui, à cette époque, était au sixième mois d'une grossesse normale. Cette femme est, depuis, heureusement accouchée d'un enfant vivant à la clinique Baude-locque.

Dans les quatre cas suivants, l'ablation d'une corne utérine rudimentaire où une grossesse s'était développée, n'a pas empêché ces femmes d'accoucher normalement depuis et l'une d'elles (obs. 117) de le faire heureusement quatre fois.

OBSERVATION 117.

SENGER (*Compte rendu de la Société med. de Leipzig*, 7 novembre 1893. *Schmidt's. Jahrbücher*, 1894, Bd CCXLI).

Grossesse dans la corne rudimentaire d'un utérus bicorne. Ablation de la corne rudimentaire gravide neuf semaines après la mort du fœtus âgé d'environ sept mois. La femme accoucha ultérieurement de quatre autres enfants qui se développèrent dans l'autre moitié de l'utérus.

OBSERVATION 118.

GALABIN. Fœtation in a rudimentary horn of uterus (*Transact. of the obst. soc. of London.*, vol. XXXVII, p. 223, res in *Jahresb.*, 1895, p. 586).

Grossesse dans la corne rudimentaire d'un utérus. Corne gravide

qui est enlevée trois mois après le terme normal de la grossesse. La femme guérit sans complication. Accouchement normal deux ans après.

OBSERVATION 119.

WALTHARD (*Cor. Bl. f. Schweizer Aerzte*, 1894, Band XXIV, p. 777, res. *in Jahresb.*, 1895).

Grossesse dans la corne rudimentaire d'un utérus. Corne enlevée après laparotomie. Guérison. Grossesse ultérieure normale dans la moitié de l'utérus laissée en place.

OBSERVATION 120.

BECKMANN. Beitrag zur Graviditat im rudimentaren Uterushorn (*Zeitschr. fur Geb. und Gyn.*, Band XXXV, Heft 1, p. 60, in *Jahresbericht*, t. X, 1896).

Femme de vingt-neuf ans, IVpare. Nourrice depuis quatorze jours. Depuis le dernier accouchement, aménorrhée. Le jour de son entrée à l'hôpital, légère hémorragie. Dans le dernier mois, douleurs épigastriques; depuis une semaine, nausées. L'utérus est normalement développé, repoussé à gauche, antéfléchi, mobile. A droite et un peu en arrière de l'utérus, tumeur du volume du poing, séparée par un travers de doigt du côté droit de l'utérus, tumeur à peine mobile, élastique, allongée.

Diagnostic : kyste de l'ovaire avec poussées inflammatoires. Laparotomie. Annexes gauches normales. Utérus repoussé à gauche, relié à la tumeur par une bride. De la partie latérale et inférieure de la tumeur, on voit partir la trompe. On enlève le ligament large après l'avoir lié. A l'examen de la tumeur, on voit qu'elle est formée par une corne de l'utérus qui est gravide avec la partie bien développée de l'utérus par une sorte de conduit.

Guérison sans incident. Un an et trois mois après, accouchement normal.

Dans les trois observations qui suivent où la grossesse

utérine consécutive a également évolué normalement, ce n'est plus la laparotomie qui a été pratiquée. Dans les observations 121 et 122, le kyste a été ouvert par le vagin et chez la femme dont Satterthwait rapporte l'histoire, c'est par la voie rectale qu'on est intervenu.

OBSERVATION 121.

WEBSTER. A case of ectopic gestation (*Trans. of the Edimb., obst. soc.*, 1892-1893, tome XVIII, p. 427, in *Jahresb.*, 1893, p. 529).

Femme de trente-six ans, cinq grossesses postérieures, la dernière datant de cinq ans. Dernières règles, quatre mois auparavant. Douleurs dans le bas-ventre. Il y a deux mois, un évanouissement. Du côté droit, derrière l'utérus, tumeur mobilisable. Expulsion d'une caduque. Ouverture de la tumeur par le vagin. Evacuation de liquide brunâtre et d'os fœtaux. Enlèvement du placenta sans hémorragie. Lavage du sac avec une solution antiseptique. Tampon de gaze iodoformée. Guérison sans complication. Plus tard, grossesse normale.

OBSERVATION 122.

PROCHOWNICK (*Berliner Klinik*, 1895).

Femme de trente ans. Deux accouchements normaux, le dernier il y a trois ans. Dernière menstruation régulière datant de treize semaines. A ressenti pour la première fois il y a sept semaines des malaises accompagnés de vomissements fréquents. (Jamais de vomissements durant ses grossesses antérieures.) Douleurs constantes dans le côté droit, qui allaient toujours en augmentant. Compression de la vessie.

Au moment où elle se fit transporter à l'hôpital (5 août 1883) elle perdait un peu de sang depuis quelques jours. Douleurs très violentes depuis ce temps. La femme est apportée sur un brancard; température vaginale : 38°3. Utérus en rétroflexion et repoussé à gauche par une tumeur située à sa droite, qui a le

volume d'une orange. Le volume de l'utérus ne répondant nullement à l'âge de la grossesse, on pratique le cathétérisme; il est vide et légèrement saignant. Injections intra-kystiques d'une solution aqueuse contenant 0,03 de morphine, faite par le vagin avec la seringue de Curschmann. Antisepsie rigoureuse. Trois jours après l'intervention, la fièvre qui, jusqu'alors, avait été modérée, se met à monter et cela sans frissons. Le 4^e jour, la malade ayant été purgée, expulsa la caduque en allant à la garde-robe. Le 15^e jour, ouverture d'un abcès dans le rectum, expulsion d'un grand nombre d'os fœtaux. On draine l'abcès par le rectum. La fièvre ayant reparu, on incise le kyste par le vagin le 25^e jour. A partir de ce moment, guérison rapide. En 1886, accouchement normal à terme.

OBSERVATION 123.

S.-T. SATTERTHWAIT (*The New-York medical journal*, 1872, vol. XVI, p. 387).

Le 27 septembre 1870, je fus appelé auprès d'une femme sur la maladie de laquelle on me donna les renseignements suivants : Cette femme avait donné le jour à deux enfants vivants. Il y a treize mois environ, elle était accouchée, après huit ou dix heures d'un travail douloureux et pénible, d'un enfant mort. Cinq jours après sa délivrance, elle fut prise d'une fièvre violente et ne se remit qu'au bout de cinq ou six semaines, mais il lui restait une sensibilité de l'abdomen qui augmenta graduellement et en même temps elle reconnut la présence d'une masse dure située dans la région hypogastrique. Cinq mois environ après son accouchement, cette femme fut prise d'une diarrhée très abondante et extrêmement fétide et dont la quantité s'accrut jusqu'à être de quatre litres par 24 heures. A partir de ce moment, la tumeur commença à diminuer et la femme s'affaiblit rapidement. Je la trouvai pâle, émaciée, avec de la fièvre hectique, de la prostration; le pouls petit, faible, fréquent, ayant chaque demi-heure des selles accompagnées de ténésme.

Les évacuations étaient composées de sang, de matières fécales et de cheveux. L'odeur en était très fétide. Par le toucher vaginal, je découvris une ouverture d'un quart de pouce de diamètre, dans

la portion supérieure de la paroi postérieure du vagin, d'où filtrait un liquide épais et noirâtre. On apercevait les extrémités de plusieurs os à l'intérieur et contre le bord de l'ouverture. Une sonde fut passée à travers l'ouverture dans la tumeur qui, par le palper, donnait la sensation d'un sac plein d'os.

L'examen rectal révèle une large fente, d'un pouce environ de diamètre, à la paroi antérieure du rectum, à deux pouces et demi environ de l'anus. Cette fente communiquait directement avec le sac mentionné plus haut. Pendant l'exploration, un os fut expulsé par le rectum; il provenait du tibia de la jambe droite d'un fœtus. J'ordonnai des stimulants alcooliques, une nourriture concentrée et de la quinine à haute dose.

Le 28, la malade était mieux. Dans ses selles, je trouvai des cheveux et deux côtes.

À l'examen rectal, je découvris plusieurs os pressés dans l'ouverture entre le sac et l'intestin. Avec la pointe émoussée d'un bistouri, je réussis à élargir la fente par une incision et j'ordonnai la continuation du traitement.

Du 29 septembre au 3 octobre, l'état de la malade ne changea pas notablement. Elle continuait à expulser une grande quantité de matières fétides et des os fœtaux. Le 3 octobre, elle fut prise de violentes douleurs abdominales; je reconnus alors que l'occipital du crâne du fœtus était engagé dans l'ouverture du rectum; à l'aide d'un forceps, je le brisai en plusieurs fragments et le tirai au dehors avec beaucoup de difficultés. Tous les os du crâne furent extraits de la même manière à mesure qu'ils se présentaient à l'ouverture. À partir de ce moment, la guérison marcha rapidement. Les selles diminuèrent, perdirent leur odeur fétide et consistèrent surtout en matières fécales.

Je revis la malade le 5 décembre 1871, une légère cicatrice blanche était la seule trace de l'ouverture de la paroi postérieure du vagin. Il restait une petite fente à la paroi antérieure du rectum. Les fonctions intestinales étaient régulières, les fèces normales. Elle revint me trouver le 10 mars 1872, en excellente santé, et enceinte depuis un mois.

II

Observations des femmes chez lesquelles certaines particularités ont été signalées au cours des grossesses utérines consécutives.

Ces observations ne sont qu'au nombre de quatre.

Dans les deux premières (obs. 124 et 125), il s'agit de femmes chez lesquelles on avait pratiqué la laparotomie et dont les grossesses utérines consécutives se sont terminées par avortement.

Il en a été de même dans l'observation de Grandin (obs. 126), où l'on avait d'abord institué le traitement électrique qui avait été suivi de l'ouverture du kyste par le vagin.

Enfin, dans la dernière (obs. 127), Rein rapporte l'histoire d'une femme dont le fœtus extra-utérin fut extrait après laparotomie plus de sept ans après le début de la grossesse ectopique, et qui mourut subitement au 7^e mois d'une nouvelle grossesse. Mais s'agissait-il vraiment là d'une grossesse utérine?

OBSERVATION 124.

CZEMPIN (*Zeitchr. f. Geburt. und Gynæk.*, XXIX, p. 90, 1894). Observations faites au sujet de la grossesse extra-utérine à l'occasion de 15 cas opérés.

Dans le deuxième cas rapporté par Czempin, il s'agit d'une femme âgée de trente-trois ans. Deux accouchements normaux, le dernier datant de deux ans et demi. Suites de couches normales. Dernières règles, il y a un mois et demi. La femme qui jusque-là s'était bien portée, s'est plaint, depuis cette époque, de douleurs dans le côté droit qui devinrent bientôt tellement intolérables qu'elle dut faire un séjour prolongé au lit. Les douleurs troublaient le sommeil; perte absolue de l'appétit; la femme tomba dans un grand état de faiblesse.

A l'examen, l'on fait immédiatement le diagnostic de grossesse tubaire droite. À côté de l'utérus légèrement augmenté de volume, l'on sent une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, tumeur élastique, molle, arrondie, nettement limitée de tous les côtés et au niveau de laquelle on sent de fortes pulsations. On mit la malade en observation pendant quatorze jours, durant lesquels la tumeur s'accrut, ce qui permit de considérer le diagnostic comme certain. L'état général était devenu très mauvais.

Opération, le 12 mai 1891; au soir qui précédait l'opération, en examinant la femme, la tumeur avait été encore nettement sentie. Après l'ouverture de l'abdomen, on trouve du sang frais en partie liquide, en partie coagulé. L'hémorragie provenait du kyste fœtal rompu à sa partie supérieure; la déchirure, qui n'était pas très étendue, était couverte de caillots. Parmi ces caillots que l'on retira de la cavité abdominale, l'on découvrit l'embryon, encore tout frais, qui mesurait environ 4 centimètres de longueur. Ablation du sac tubaire et de l'ovaire; le sac tubaire contient le placenta encore adhérent. La convalescence a été troublée par thrombose de la veine poplitée droite, puis de la veine poplitée gauche et de la grande veine saphène, puis, par un abcès de la paroi abdominale, une escarre sacrée due au décubitus et par une bronchite. Cette femme a pu cependant partir guérie au bout

de quatre semaines. La caduque fut expulsée le troisième et le quatrième jour après l'opération.

Cette femme s'est bien portée depuis. En l'année 1892, elle a fait un avortement pendant le deuxième mois d'une nouvelle grossesse.

OBSERVATION 125.

SÆNGER (*Société médicale de Leipsick*. Séance du 11 décembre 1894). M. le professeur Sænger fait une communication ayant trait à dix grossesses extra-utérines.

Dans la troisième, il s'agit d'une nullipare de vingt-six ans, mariée depuis un an, perdant du sang depuis six semaines d'une manière continue et ressentant des douleurs dans l'hypogastre gauche. Les règles n'ont jamais manqué; pas d'expulsion de caduque.

Avortement tubaire gauche incomplet du premier mois. Hématocèle péri-tubaire, petit kyste sanguin de l'ovaire droit, traité par l'hémi-puncture. Ablation de l'ovaire et de la trompe gauches. Guérison.

L'opération avait eu lieu en mai 1894. Le 25 octobre de la même année, on constata chez la même femme une grossesse utérine de trois mois, qui se termina par un avortement le 2 novembre suivant.

OBSERVATION 126.

GRANDIN (*Ann. f. of Obst.*, 1894, résumée dans la thèse de Choyau, 1896, p. 79).

Vingt-huit ans. Grossesse tubaire droite en 1891; traitement électrique : hématocèle, incision vaginale. Août 1894, avortement, curetage. Octobre, crise douloureuse; diagnostic : rupture de la trompe gauche; laparotomie, sang liquide et caillots dans l'abdomen. Ablation des annexes droites et gauches, drainage par le douglas. On laisse un quart de solution saline dans l'abdomen. Guérison. Grossesse, douze semaines.

OBSERVATION 127.

Prof. REIN (in Kiew). *Centr. Bl. f. Gynækol.*, XVI, 50, 1892.

Zur Laparotomie bei Extrauterin schwangerschaft.

Dans le sixième cas, il s'agit également d'une grossesse abdominale primitive.

Paysanne âgée de trente-deux ans. Est accouchée huit ans auparavant. Accouchement laborieux; suites de couches fébriles. La grossesse actuelle a commencé il y a plus de sept ans. Collapsus dans la trente-quatrième et trente-cinquième semaine de la grossesse; puis, est gravement malade jusqu'à la fin de la grossesse. Depuis lors, métrorragie d'une durée d'environ cinq mois. Maintenant, assez bien portante, mais nerveuse et impropre à un travail nécessitant de la fatigue à cause des symptômes d'une péritonite chronique.

Diagnostic : grossesse extra-utérine; début de résorption du kyste fœtal (formation de lithopédion?). Laparotomie, le 23 février 1891, environ sept années et un mois et demi après le début de la grossesse.

Le fœtus adhérent aux membranes ovulaires était libre dans la cavité abdominale, présentant seulement quelques adhérences avec l'épiploon. On trouve quelques petits restes de placenta, insérés au fond de l'utérus. Les ovaires et les trompes sont normaux. Guérison sans le moindre incident.

Mort subite au septième mois d'une grossesse ultérieure.

RÉSUMÉ

D'après ce qui précède, on voit donc combien les accidents sont plus fréquents, au cours de ces grossesses utérines consécutives, chez les femmes dont la grossesse ectopique n'avait pas été opérée. Chez celles où on était intervenu chirurgicalement, on trouve 3 avortements, mais on peut se demander, et cela surtout pour les cas 124 et 125, s'il y a vraiment un rapport entre ces accidents et la grossesse extra-utérine antérieure. Quant au cas de mort subite, relaté par Rein (obs. 127), au cours de la nouvelle grossesse sur laquelle on ne donne aucun renseignement, n'est-il pas plus probable qu'il s'agissait là d'une récurrence de grossesse extra-utérine?

La comparaison est, comme nous l'avons déjà dit, toute en faveur des femmes de cette seconde catégorie, et notre travail vient souligner les conclusions auxquelles était arrivé Prochownick¹ après avoir recherché ce qu'étaient devenues les femmes que, par diverses méthodes, il avait soignées pour grossesse extra-utérine.

1. PROCHOWNICK, *Loc. cit.*

« Si l'on considère, dit-il, le temps qui s'est écoulé entre la grossesse extra-utérine et la première grossesse utérine consécutive; si l'on compare les malaises généraux et locaux liés à cette nouvelle grossesse, et surtout le nombre des avortements, on voit de combien la balance penche en faveur des femmes opérées d'emblée. »

Pour ce qui est du laps de temps après lequel s'est faite la nouvelle conception utérine, nous l'avons calculé chez toutes les femmes dont les renseignements nous permettaient de le faire et nous sommes arrivé aux moyennes suivantes : 2 ans environ pour les femmes de notre première catégorie et près de 18 mois pour celles de la seconde. Ces moyennes, on le voit, confirmeraient également l'opinion de Prochownick, mais d'une part, la différence trouvée ne nous semble pas assez considérable, et de l'autre, les chiffres à l'aide desquels nous les avons établies sont trop approximatifs pour que nous puissions être affirmatif sur ce dernier point.

TABLEAUX

TABLEAU I. — FEMMES DONT LA GROSSESSE

N ^o D'ORDRE	AUTEURS	BIBLIOGRAPHIE	GROSSESSES ANTÉRIEURES	GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE
1	BOULUDUC.	Hist. de l'Académie roy. des sciences, 1721.	"	1674. Femme âgée de 48 ans.
2	STARKEY MIDDLETON.	Philos. transac., 1747, n ^o 484, V. XLIV, p. 617.	"	1731. Mort du fœtus au 6 ^e mois.
3		Trans. philos., 1756, t. I.	"	I
4	BOENISCH.	Hufelands journ. der prakt. Heil, 1821, Heft., I, 5, 32.	7	1815
5	DAYNAC.	Th., Paris, 1825, p. 16.	3	1783. Mort du fœtus à 6 mois.
6	BACCHETTI.	Gaz. des Hôpitaux, 24 oct. 1844.	6	I
7	WHINNERY.	Am. journ. of med. sciences, avril, 1846, p. 331.	1	Gross. ext. ut. et int. ut. combinées. Ré-tent. du fœt. ext. ut.
8	HEISE.	Northw., M. SS. J. Chicago, 1856, 7-XIII, 376, 378.	"	I
9	DAVID JOHNSTON.	Gaz. méd. de Paris, 1857, p. 304.	4	1846. Mort du fœtus à terme.
10	FABBRI.	Bolard. Th., Strasbourg, 1866, p. 52.	"	I
11	POLATSCHCK. . . .	Bœhm. Oetrzt. corr. Bl., déc. 1875.	"	I
12	GALLI.	Jahresb., 1876, t. II, p. 581.	2	Grossesse abdomin. Mort du fœtus à 8 mois.
13	RIBOT.	Journ. méd. et chir. prat., 1877, p. 26.	4 acc. à terme. 1 avort. (1870).	Décembre 1872.
14	LABATUT.	Journ. méd. et chir. prat., 1877, p. 501.	1 à terme (1868)	1870
15	TOUCHARD.	Müller. Th., Nancy, 1877, p. 104.	"	A l'âge de 24 ans.
16	HARVEY.	Müller. Th., Nancy, 1877, p. 104.	1 avort (?).	I
17	LÉOPOLD.	Arch. f. Gyn., Bd XIX, Heft. 2. 1884.	4	Femme âgée de 40 ans. Mort du fœtus à term.
18	CHAMBERS.	Int. med. cong. Tr. Melbourne, 1889, ü. 597-702.	"	I
19	PHILLIPS.	Klinik. Sketches, janv. 1895.	"	I
20	OKER-BLOM.	Duodecim. Helsinki, 1893, IX, 224-226.	"	I
21	BEESTON.	Australes med. Gaz., Sidney, 1896, XV, 481.	"	I
22	FRANKENTHAL. . . .	The amer. Gyn. and Obst. journ., Vol. IX, ü. 3, p. 297.	"	Terminée par héma-tocèle.
23	MATTEW D. MANN.	Buffalo med. journ., 1896, p. 23.	"	Mort du fœtus au 8 ^e mois.
24	LEMONNIER.	Soc. obst. et gyn. de Paris, 10 mars 1898.	"	1872. Evolue jusqu'à terme.

ECTOPIQUE N'AVAIT PAS ÉTÉ OPÉRÉE.

NOMBRE de CONCEPTIONS ultérieures	REMARQUES
2	Lithopédion qui reste 46 ans dans la trompe. Pendant ce temps « la femme accouche de deux enfants qui se portent fort bien ».
4	Accouchements à terme en 1734, 1735, 1738, 1741. Femme morte en 1747. A l'autopsie, lithopédion dans la région iliaque droite.
1	La femme élimina, au bout de 18 ans, les os et téguments du fœtus ext.-ut.
2	Accouchements à terme en 1817 et 1819. Ultérieurement extirpation du fœtus ext.-ut. par la voûte vaginale.
2	Femme morte à 77 ans. Fœtus contenu dans l'épaisseur de l'extrémité libre de la trompe droite. Ovaire droit adhérent à la tête du fœtus.
2	10 mois après le dernier accouchement, inflammation de la tumeur abdominale. Mort.
1	On incisa ultérieurement le kyste ext.-ut. sur la ligne blanche. Sortie du fœtus un mois après. Guérison.
2	Enfants vivants et bien portants.
1	Accouchement normal à terme en 1848. Les os du fœtus ext.-ut. sont expulsés par le rectum de 1850 à 1852. Guérison.
3	Nouvelles grossesses terminées heureusement. Femme meurt à 55 ans. La trompe droite renfermait un lithopédion.
2	Grossesses régulières.
1	Accouchement heureux. Femme morte à la suite d'un accident après avoir gardé 37 ans son lithopédion.
1	Accouchement normal à terme. Enfant vivant.
1	Accouchement en 3 heures. Enfant vivant. Femme morte en 1877 de tuberculose. Autopsie, grossesse de la trompe droite.
1	Accouchement normal. Enfant vivant.
1	Accouchement à terme. Ulérieur. Expulsion de divers petits os.
3	Grossesses régulières. Femme morte à l'âge de 75 ans. Lithopédion de 1.550 gr. Grossesse ovarique.
1	Survenue 4 ans après la grossesse extra-utérine, non opérée.
2	
1	Grossesse et accouchement normaux, malgré la présence du lithopédion.
1	Grossesse normale.
1	Grossesse utérine 3 ans après.
3	En avril 1891, ouverture du kyste dans la vessie et l'intestin. Laparotomie. Fœtus situé derrière le grand épiploon. Guérison.
2	Accouchement à terme en 1878 et 1881. En 1896, expulsion de fragments de squelette par l'intestin.

TABLEAU II. — FEMMES DONT LA GROSSESSE

N ^{OS} D'ORDRE	AUTEURS	BIBLIOGRAPHIE	GROSSESSES	GROSSESSE
			ANTÉRIEURES	EXTRA-UTÉRINE
25	ELBING.	Petersb. med. Wochschr., XV, 33, 1890.	»	Femme âgée de 32 ans. 1888.
26	BROTHERS	Amer. journ. of Obst., mai 1893.	»	Femme âgée de 23 ans. (1886). Traitée par électricité.
27	WESTCOTT	Citée par Brothers (Amer. journ. of Obst., février 1890).	»	Grossesse tubaire de 6 sem. associée à gr. norm. Trait. électr. 1886. Trait. électr.
28	AVELING	Citée par Brothers (Amer. journ. of Obst., février 1890).	»	1886. Trait. électr.
29	HARRISON	Citée par Brothers (Amer. journ. of Obst., février 1890).	»	1886. Trait. électr.
30	PETCH	Brit. med. journ., 4 déc. 1886.	»	Traitée par l'électri- cité.
31	LUSK.	Citée par Brothers (Amer. journ. of Obst., février 1890).	»	Arrêt du développ. du kyste fœtal au 3 ^e m. par électricité.
32	HARRISON	Citée par Brothers (Amer. journ. of Obst., février 1890).	»	Traitée par électricité.
33	NÉDOROLOFF	Med. obozs. Mosk., 1892, XXXVII, 730-736.	»	Traitée par électricité.
34	OLDHAM	The Amer. journ. of Obst., June, V. XXIX.	2 acc. à terme. 1 avort.	Traitée par électricité.
35	PROCHOWNICK.	Berlin. klinik, 1895.	1 accouch.	1884. Inj. int. Kyst.
36	VON WINCKEL.	1892. Die Königliche Universitäts Frauenklin. in Münch. in dem Jahren, 1884-1890.	»	Traitée par les inj. int. Kyst. de Winckel.
37	VON WINCKEL	1892. Die Königliche Univers. Frauenklin München in dem Jahren, 1884-1890.	»	Grossesse tubaire trai- tée par inj. int. Kyst de Winckel.
38	SANTORINI	De Smet (Des grossesses extra- utérines, Bruxelles, 1868).	»	A la suite de laquelle s'établit constipa- tion opiniâtre.
39	ANDERSON	Jahresb., 1878, t. II, p. 591 et 1880, t. II, p. 575.	»	I
40	GUTZWILLER	Arch. f. Gyn., XLIII, 2, p. 223, 1893.	3 acc. à terme.	Grossesse tub. gauche. Mai 1890. Mort du fœtus à 8 mois.
41	DÉZEIMERIS.	Saggi della Cæsar. Academia di scienze di Padova. Nouv. bib. méd., t. III, p. 138.	1 acc. à terme. 3 avort.	I
42	CARAMAN.	Th. Chayé. Paris, 1882, p. 90.	»	1875
43		Revue médic., 1829, t. IV, p. 302.	»	1824

ECTOPIQUE N'AVAIT PAS ÉTÉ OPÉRÉE (SUITE).

NOMBRE de CONCEPTIONS utérines	REMARQUES
1	4 mois après, grossesse normale. Accouchement à terme. La grossesse de 1888 était une grossesse gémellaire. Utérus bicorne. L'un des fœtus retenu dans la corne rudiment. gauche.
1	Grossesse et accouchement normaux.
2	Accouchements normaux. Enfants vivants.
1	Accouchement normal.
2	Accouchements normaux.
1	Grossesse normale.
2	Grossesses normales.
1	Grossesse normale.
1	Grossesse normale.
1	Grossesse et accouchement normaux.
2	Accouchements normaux.
1	Accouchement très facile. Enfant vivant.
1	Accouchement normal à terme. Enfant vivant.
1	La grossesse utérine consécutive, entraînant au-dessus du détroit supérieur la tête du fœtus extra-utérin, fit cesser la constipation existant depuis la grossesse ectopique.
2	1 ^{re} grossesse interrompue un peu avant terme. Enfant vécut 9 jours. Durant la 2 ^e grossesse, la tumeur extra-utérine fut quelquefois douloureuse.
1	Douleurs au niveau du kyste. Avortement de 3 mois. Laparotomie le 11 juin suivie de l'avortement provoqué par l'hystérométrie pratiquée avant l'opération.
1	Grossesse très pénible. Après l'accouchement, inflammation du kyste ext.-ut. qui s'ouvre à travers la paroi abdominale. Laparotomie. Guérison.
1	Accouchement à terme en 1880. En 1878, phlegmon de la paroi abdominale à la suite duquel, fistule. Au 7 ^e mois de la grossesse utér. on pratique des manœuvres pour extraire les restes du fœtus extra-utérin.
3	1 ^{er} accouchement 18 mois après, à terme, enfant vivant. 2 ans plus tard, accouchement à 6 mois d'un enfant qui meurt. En 1827, accouchement à 7 mois d'un enfant qui meurt également. Femme morte le 13 juin 1827. Le kyste s'était préalablement ouvert à droite de l'ombilic.

TABLEAU III. — FEMMES DONT LA GROSSESSE

N ^{OS} D'ORDRE	AUTEURS	BIBLIOGRAPHIE	GROSSESSES	GROSSESSE
			ANTÉRIEURES	EXTRA-UTÉRINE
44	YARDLEY	Gaz. méd., Paris, 1847, p. 162.	»	1830
45	WALTER	Monat., f. geburt., t. XVIII, 1861, p. 188.	1 acc. à terme.	Mars 1822. Mort du
46	STOLTZ	Bolard. Th., Strasbourg, 1866, p. 3.	2 avort.	fœtus au 10 ^e mois.
47	NEBEL	Hist. et Comm. élect. scient. et eleg. libr. Theodoro palatinæ, 1870, vol. II, p. 403.	»	13 avril 1862. Mort du fœtus à 10 mois.
48	KJOENIK	Norsk. Magaz. for Løgevid, R. 3, Bd. 8, 130.	2	1705
49	BOZENAN	New-York med. J., 20 décembre 1884, p. 689.	2	Rupture au 3 ^e mois. Fœtus meurt à 5 m.
50	TÜPPERT	Müncher med. Wchnschr., XXVII, 1, p. 7, janvier 1889.	6	Janvier 1882. Femme âgée de 38 ans.
51	COCKS	Citée par Brothers, Am. journ. of Obst., février 1890.	2 acc. à terme.	Mars 1885. Fœtus meurt à 7 mois. Femme âgée de 30 a.
52	BRAQUEHAYE	Bull. Soc. anat., déc. 1892, p. 773.	»	Traitée par électricité.
53	DUFF	The amer. gyn. and obst. journ., vol. IV, n ^o 4, p. 315.	»	1890. Femme âgée de 26 ans.
54	PROCHOWNICK. . . .	Berliner Klinik, 1895.	»	Grossesse tubaire gauche.
55	FUNCK-BRENTANO . .	Observation personnelle.	2	1890. Injections intrakyst. de Winckel au 2 ^e mois.
56	CHAPMAN.	New-York med. journ., avr. 1879.	1 à 8 mois. 6 à terme.	1887. Femme âgée de 31 ans. Mort du fœtus à terme. Grossesse tubaire.
57	STICKL.	Bayr. ertzt. int. Blatt., 1877, n ^o 16.	4 acc. à terme.	Mai 1876. Mort du fœtus au 7 ^e mois.
58	DAY	Transact. of the obstetr. society of London, vol VI, 1865, p. 3.	8 acc. à terme. 4 avant terme.	Femme âgée de 40 a. Mort du fœtus à terme.
59	BOSSI	Schmidt's Jahrb., 1869 et 1875.	5	I
			4	Janvier 1865.

ECTOPIQUE N'AVAIT PAS ÉTÉ OPÉRÉE (SUITE).

NOMBRE de CONCEPTIONS utérines	REMARQUES
3	1 ^{er} accouchement. La tête du fœtus extra-utérin occasionne un obstacle sérieux en glissant dans le bassin lors du travail. Accouchement lent. Enfant mort. Utér. 2 grossesses terminées par avortement du 2 ^e au 3 ^e mois. En 1844, expulsion d'os par le rectum. En 1845, abcès au périnée donnant également passage à des os. Guérison.
1	Avortement au 3 ^e mois. Lithopédion resté mobile dans la cavité abdominale.
2	1 ^{er} accouchement au 8 ^e mois. Présentation de l'épaule; procid. du cordon. Version. Enfant mort. 2 ^e accouchement un peu avant terme. Présentation du siège. Enfant mort.
2	Avortements. Femme morte à 91 ans. Lithopédion situé dans la cavité pelvienne adhérent au grand épiploon. Poids : 1 livre. Longueur : 27 centimètres.
2	1 à terme. 1 à 6 mois. Expulsion d'os par le rectum au moment du 2 ^e accouchement consécutif. Guérison.
1	Accouchement à 7 m. 1/2. Forceps. Enfant mort depuis quelques jours. Immédiatement après l'accouchement, extraction du fœtus extra-utérin en ouvrant la paroi postérieure du vagin.
1	Pollakiurie dans la 2 ^e moitié de la grossesse. Accouchement à 8 m. 1/2, rapide.
1	Avortement au 3 ^e mois.
1	Accouchement à 6 mois. Laparotomie le 15 décembre 1892. Lithopéd. de 5 mois environ siégeant dans la trompe droite contre l'utérus et un peu au-dessus de lui.
1 extra-utér. 1 utérine.	1 ^{re} grossesse utérine terminée par avortement de 9 semaines. Nouvelle grossesse extra-utérine 5 mois après. Laparotomie. Grossesses tubaires ancienne à gauche, récente à droite.
2	Avortements du 3 ^e au 4 ^e mois.
1	Accouchement à 8 m. 1/2. Durée du travail : 13 h. 1/2. Enfant meurt au bout de quelques semaines. Femme meurt le 7 mai 1896. (Masses néoplasiques multiples de l'abdomen ayant comme point de départ un cancer du col utérin.)
1	Avortement de 3 mois précédé d'hémorragies.
1	Hémorragies. Avortement au 5 ^e mois. Après l'avortement, extraction par l'abdomen du fœtus extra-utérin.
4	Au 6 ^e accouchement, on trouva dans l'espace recto-vaginal une tumeur qui fut repoussée au-dessus de l'excavation. Depuis, 2 accouch. prématurés. Avortem. provoqué au 5 ^e mois. Délivrance artificielle. Hémorragie. Mort.
5	Avortements provoqués à cause du lithopédion. Espace de 27 millimètres entre la tête du fœtus extra-utérin plongeant dans le petit bassin et la face postérieure du pubis. Après le dernier avortement, inflammation du kyste qui s'ouvre dans le rectum. Péritonite. Mort.

TABLEAU IV. — FEMMES DONT LA GROSSESSE

N ^o D'ORDRE	AUTEURS	BIBLIOGRAPHIE	GROSSESSES	GROSSESSE
			ANTÉRIEURES	EXTRA-UTÉRINE
60	MÜLLER	Charité Annalen, 2 ^e année 1875.	3 acc. à terme.	1872. On tue le fœtus à terme. Injection intra-kyst.
61	HENNIGSEN	Archiv f. gynæk., t. I, 1870, p. 335.	5 acc. à terme.	Juin 1865. Femme âgée de 33 ans. Mort du fœtus à 8 mois.
62	WORRAL	Am. jour., novembre, 1, p. 96, vol. CH.	»	Grossesse tubaire.
63	WALTHER	Ztschr. f. geb. u. gynæk., XXXIII, 3, p. 389, 1895.	3 acc. à terme. Av. de 6 mois.	I
64	LAUGIER	Guillemot, Arch. de méd., 1 ^{re} série, t. XXVIII, p. 232.	3	Grossesse tub. droite. Mort du fœtus au 5 ^e mois.
65	WILMANS	Rev. méd., 1829, p. 107.	»	Avril 1814. Femme âgée de 29 ans.
66	DIBOT	Contribution à l'étude de la grossesse ext.-ut. Thèse, Paris, 1895.	4 acc. à terme. 1 av. 3 m. 1/2.	Déc. 1872. Femme âgée de 32 ans. Mort du fœtus à terme.
67	GORDON	West. journ. of med. and surg., octobre 1848.	»	I
68	BERGHES et ALBERS.	Monatsch. f. Gebrut, t. XVII, p. 46.	»	Femme âgée de 26 ans.
69	OETTINGER	Bull. Soc. anat., juin 1883.	5 accouch. 2 avort. (?).	I
70	SCHUHL	Th., Nancy, 1883.	2	Juin 1881. Mort du fœtus au 7 ^e mois.
71	DARLMANN	Arch. f. gynæk., t. XV, 1880, p. 128.	»	Mai 1876. Femme âgée de 29 ans.
72	CHESTON	Trans. med. chir., t. V.	1	1794. Femme âgée de 25 ans. Mort du fœtus à terme.
73	STEIN LE JEUNE . . .	Annales, 1 ^{re} partie, p. 67.	»	Grossesse ovarique.
74	HUGENBERGER	Beri. über die Vork. in dem Hab. am. zu., Petersb. 1845-1859.	»	I
75	SÄNGER	Mon. Schr. f. geburt. u. gyn., t. I, p. 21, janvier 1895.	3 acc. à terme. 2 avort.	1893. Femme âgée de 30 ans.
76	SCHAUTA	Prag. med. Woch., 1890, nos 43 et 44.	»	I

ECTOPIQUE N'AVAIT PAS ÉTÉ OPÉRÉE (SUITE).

NOMBRE de CONCEPTIONS ultérieures	REMARQUES
1	Avortement provoqué au 4 ^e mois, à cause de la présence du kyste fœtal dans la cavité de Douglas. Inflammation consécutive du kyste. Écoulement fétide par le rectum. Extraction du fœtus extra-utérin. Mort par épuisement 23 jours après opération.
1	Grossesse très pénible. Avortement provoqué à 3 mois à cause de dyspnée, à l'aide de douches. 10 jours après, inflammation du kyste. 2 mois plus tard, ouverture à travers la paroi abdominale. Septicémie. Mort. Autopsie : grossesse abdominale.
1	Grossesse survenue pendant le cours de la grossesse extra-utérine. Expulsion d'un fœtus intra-utérin âgé de 6 mois après laparotomie.
1	Grossesse survenue pendant le cours de la grossesse extra-utérine. Pertes de sang. Avortement. Utérus bicorne. Grossesse dans la corne droite. Grossesse ectopique de la trompe gauche (voir obs. 63, page 84).
2	Présentation de l'épaule au 2 ^e accouchement.
4	Grande gêne à cause du poids du ventre dans les 3 dernières grossesses. Expulsion du fœtus extra-utérin par le rectum et la vessie 4 ans après le dernier accouchement.
1	Troubles gastriques pendant la grossesse. Accouchement normal en 2 heures. Femme morte le 15 novembre 1891. Autopsie. Lithopédion.
6	4 premières grossesses normales. A la 5 ^e compression rectale qui cause grande gêne pour la défécation. 6 ^e accouchement : tumeur s'oppose à la descente du fœtus intra-utérin. Accouchement spontané après extraction du fœtus extra-utérin par incision vaginale.
4	1 ^{er} accouchement long et douloureux. Femme morte à 34 ans de fièvre hectique et d'ascite. Lithopédion devant le côlon descendant qui avait une longueur de 4 pouces 1/2.
1	Accouchement. Travail fort long. Forceps. Femme morte en 1883, à l'âge de 55 ans. Autopsie. Lithopédion libre dans la cavité abdominale.
1	Pres. OIGP. Absence de mouvement de rotation interne. Forceps. Enfant vivant.
1	Le travail n'avance que très lentement malgré intensité contract. Forceps. Enfant de 5 kil. 300, T., 54 cent., diamètre bip. 10,5. On ne put extraire le placenta immédiatement après accouchement par manœuvres externes. Ce n'est qu'au bout de 1 h. 1/2 qu'il fut expulsé spontanément avec hémorragie abondante. Syncope. Poids du placenta : 1,000 grammes.
1	Accouchement impossible. Enfant arraché avec les crochets. A la suite de cette opération, expulsion de matières fétides et d'os du premier fœtus. Mort. Autopsie refusée.
1	Gêne, douleurs dans la région sacrée, faiblesse de la jambe droite pendant la grossesse. Enfant mort. Céphalotripsie. Rétrécissement du bassin par une tumeur (kyste fœtal ?)
1	Opération césarienne. Enfant vivant. Rétrécissement du bassin par le lithopédion. Mort de la mère le 6 ^e jour.
1	Opération césarienne nécessitée par la présence du kyste fœtal extra-utérin dans la cavité de Douglas.
1	Opération césarienne conservatrice rendue nécessaire par la situation du lithopédion. Guérison. Enfant meurt le 4 ^e jour de myéloméningocèle.

TABLEAU V. — FEMMES DONT LA GROSSESSE

N ^{OS} D'ORDRE	AUTEURS	BIBLIOGRAPHIE	GROSSESSES	GROSSESSE
			ANTÉRIEURES	EXTRA-UTÉRINE
77	CHAMBERY DE BOULAYE.	Puchelt, Comment. de tum. in pelvi. part. imped., 1840, p. 155.	»	»
78	RECLUS.	Gaz. des Hôpitaux, 28 mars 1895.	7	1886. Avort. tubaire,
79	WALTER (P.-U.) . . .	Monastch. f. Geb., 1861, t. XVIII, p. 201.	4	Octobre 1829.
80	COHEN	Gaz. méd. de Paris, 26 septembre 1835, p. 616.	2	Novembre 1825. Mort du fœtus à terme.
81	PERFECT	Barnes. Leçons sur les opérat. obstétric. Trad. Cordes, 1873, p. 251.	1	Enfant mort à terme.
82	BOCHARD.	Journ. de méd., 1756, t. V, p. 422.	»	Janvier 1854. Mort du fœtus au 7 ^e mois.
83	RUTH	Journ. de Chir., u. Augen Heilk., 1824, p. 448.	6 acc. à terme.	1819. Femme âgée de 32 ans.
84	DRAKE.	Trans. philos., 1747.	»	I
85	HADERUP.	Nord. med. Arkiv., t. II, n ^o 43.	»	Mort du fœtus à 4 m.
86	LAMY	Journ. de méd. et chir. prat.	2	Octobre 1871. Mort du fœtus à terme.
87	TEICHMEYER.	Müller. Th., Nancy, 1877, p. 405.	»	I
88	FABER	Med. corresp. Blatt. des Wurt. arztl. Vereins, n ^o 39, 1835.	2	Octobre 1851. Femme âgée de 28 ans. Mort du fœtus à 2 mois.
89	WILL D'ABERDEEN . .	Monthly. Journ. Gaz. des Hôp. 27 août 1837.	»	1844
90	TERRY	Brit. med. journ., 21 septembre 1835, p. 616.	2	Mort du fœtus à terme.
91	SIMPSON	Edimb. med. journ., 1877, p. 645.	»	Mort du fœtus à terme.
92	JEGERSCHMIDD. . . .	Rel. par van Cauwenberghe.	»	I
93	GOTTSCHALK	Centr. Bl. f. Gyn., 1894, p. 954.	»	1884

ECTOPIQUE N'AVAIT PAS ÉTÉ OPÉRÉE (FIN).

NOMBRE de CONCEPTIONS utérines	REMARQUES
1	Accouchement impossible. Mort après être restée 10 jours en travail. Rétrécissement du bassin par une tumeur résultant peut-être d'une ancienne grossesse tubaire.
1	Enfant meurt en naissant.
3	Chaque fois, après expulsion du délivre qui se faisait régulier., hémorragies très intenses dues à une atonie utérine qui ne s'étaient pas produites lors des accouchements précédents. Elles ont chaque fois mis les jours de la femme en danger.
2	Enfants vivants. Le surlendemain du 2 ^e accouchement, douleurs du bas-ventre, selles diarrhéiques, fièvre, etc. En 1833, réapparition des douleurs; fièvre. Expulsion d'os par le rectum.
1	Cinq jours après accouchement, fièvre, diarrhée. Douleurs au niveau de la tumeur qui est ouverte 9 semaines après. Guérison.
1	A la suite de l'accouchement, ouverture du kyste au niveau de l'ombilic. Extraction du fœtus par morceaux. Guérison.
1	Grossesse très pénible. Après accouchement, inflammation du kyste extra-utérin qui s'ouvre à travers la paroi abdominale. Laparotomie. Guérison.
1	Enfant vivant à terme. Le fœtus extra-utérin fut ensuite expulsé dans un abcès.
1	Les os du fœtus extra-utérin sont expulsés par le rectum imméd. après la grossesse normale.
1	Enfant vivant. Après accouchement, menstruations irrégulières, suivies d'écoulement fétide purulent dans lequel on trouve des os et des cheveux. Affaiblissement. Tuberculose. Mort d'apoplexie en 1875.
1	Après l'accouchement, « le 1 ^{er} fœtus sortit pourri ».
1	A terme. Enfant vivant. 15 jours après accouchement, symptômes d'inflammation du bas-ventre. Mort au bout de 3 semaines.
2	Dernier accouchement, 1854. La même année, mort de fièvre hectique. Kyste fœtal adhérent aux intestins communiquant avec eux en 3 endroits.
2	Après le dernier accouchement, inflammation du kyste. Ouvert. dans le rectum. Mort.
2	A la suite de la 2 ^e grossesse, suppuration du kyste qui s'ouvre dans l'intestin. Mort.
1	Mort des suites de la nouvelle grossesse.
1	Ancienne grossesse tubaire avec fœtus momifié. Kyste suppuré et rompu dans la vessie. Opération. A l'autopsie, faite après 5 jours, on trouve dans l'utérus un œuf âgé de 3 semaines.

TABLEAU VI. — FEMMES DONT LA

N ^o D'ORDRE	AUTEURS	BIBLIOGRAPHIE	GROSSESSES	GROSSESSE
			ANTÉRIEURES	EXTRA-UTÉRINE
94	CYPRIANUS	Geyl. in Jahresh. über die Fortschritte auf dem Gebiete in Gyn., t. VII, p. 551.	»	I
95	KLUYSKENS	Amsterdam, n. d.	»	I
96	HENING.	Soc. obst. de Leipsick, 1888.	3 accouch. 1 avort (?).	Grossesse tub. droite.
97	MICHELSSEN	Ann. de Gyn., 1888, t. XXIX, p. 53.	»	I
98	LAWSON TAIT.	Brit. med. journ., p. 1001, mai 1888.	»	Grossesse tub. droite. Février 1885.
99	VEIT.	Verg. der Gesell. f. geb. u. Gyn. en Berl., 10 mai 1889.	»	I
100	REIN.	Centr. Bl. f. Gyn., XVI, 30, 1892.	»	Grossesse abdom. primit. Rupture du sac au 8 ^e mois.
101	WYDER	Arch. f. Gyn., XLI, 1 et 2.	»	Grossesse tubaire.
102	DE STRAUCH	Ann. de gyn., 1895, t. XLIV, p. 468.	»	I
103	DE STRAUCH	» » »	»	I
104	DE STRAUCH	» » »	»	I
105	HARRISON CRIPPS . .	Brit. med. J., March. 28, 1896.	3	Août 1893. Femme âgée de 43 ans. Grossesse tubaire droite.
106	OTTO ENGSTRÖM. . .	Finska-läkar, handl. XXXVIII, 12 s.,	1	Juin 1891. Femme âgée de 28 ans. Grossesse tubaire droite.
107	OTTO ENGSTRÖM. . .	» » »	1 av. de 2 mois. 1 acc à terme.	1894. Femme âgée de 20 ans. Grossesse tubaire gauche.
108	MICHINARD	The americ. journ. of Obstet., V, XXXIV, p. 36.	1	I
109	NOBLE	The americ. journ. of Obstet., p. 386.	»	I
110	CHARLES	J. acc., Liège, 1897, t. XVIII, p. 433, 463, 472.	»	I
111	KOKMANN.	Centr. Bl. f. Gyn., 1897, p. 4221.	1 avortement.	Juillet 1890. Grossesse tubaire gauche.
112	ROUTIER	Ann. de Gyn., 1896.	2	I
113	ROUTIER	» » »	»	I
114	ROUTIER	» » »	»	1894
115	PINARD.		»	Grossesse tubaire. Juin 1891.

GROSSESSE ECTOPIQUE AVAIT ÉTÉ OPÉRÉE.

OPÉRATION	NOMBRE de CONCEPTIONS utérinaires	REMARQUES
Laparotomie.	2	
Laparotomie.	2	L'enfant extra-utérin aurait été extrait vivant après un séjour de 16 mois (?) dans le ventre de sa mère.
Laparotomie.	1	9 jours après, expulsion d'os par le vagin.
Laparotomie.	1	
Laparotomie en mai.	1 utérine. 1 extra-utér.	15 mois après accouchement. Nouvelle grossesse ext.-ut. Au 4 ^e mois, rupture, mort (grossesse tubaire gauche).
Laparotomie.	1	
Laparotomie au 19 ^e mois.	1	
Laparotomie après rupture.	1	
Laparotomie.	1	
Laparotomie.	1	
Laparotomie.	1	
Laparotomie en déc. 1891.	1	
Laparotomie, 13 septembre.	1	
Laparotomie, janvier 1895.	1	Femme revue au 4 ^e mois de la grossesse utérine consécutive que rien n'est encore venu compliquer.
Laparotomie.	»	La grossesse extra-utérine était gémellaire.
Laparotomie.	1	
Laparotomie à terme. Tannage du placenta.	1	
Laparotomie, octobre 1890.	1 utérine. 1 extra-utér.	Grossesse tubaire droite en juin 1896. Laparotomie. Mort 8 jours après.
Laparotomie prend l'évol. de la grossesse ext.-utér.	1	
Laparotomie au 4 ^e mois.	1	
Laparotomie, juillet 1894.	1	
Laparotomie, 1 ^{er} avril 1892.	2	La première grossesse, 1 an et 3 mois après.

TABLEAU VII. — FEMMES DONT LA

N ^o L'ORDRE	AUTEURS	BIBLIOGRAPHIE	GROSSESSES ANTÉRIEURES	GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE
116	PINARD		"	I
117	SÆNGER	Soc. méd. de Leipsick, nov. 1898.	"	Grossesse dans la corne rud. d'un uté- rus bicorne.
118	GALABIN	Trans. of the Obst. soc. of Lon- don, vol. XXXVII, p. 225.	"	Grossesse dans la corne rudim. d'un utérus bicorne.
119	WALTHARD	Corr. Bl. f. Schweizer Aerzt. 1894, Bd XXIV, p. 777.	"	Grossesse dans la corne rudim. d'un utérus bicorne.
120	BECKMANN	Zeit. f. Geb. u. Gyn., Bd XXXV. II. I, p. 60.	3	Grossesse dans la corne rudim. d'un utérus bicorne.
121	WEBSTER	Trans. of the Ed. obst. soc., 1892-1893, t. XVIII, p. 329.	5	Femme âgée de 36 ans.
122	PROCHOWNICK	Berliner klinik, 1895.	2	Inj. int. kyste au 3 ^e m. suivies d'élytrotom- ie.
123	SATTERTHWAIT	The New-York med. journ., 1872, vol. XVI, p. 387.	2	Août 1869.
124	CZEMPIN	Zeit. f. Geb. u. Gyn., t. XXIX, p. 96, 1894.	2	1891. Gross. tub. droite rompue.
125	SÆNGER	Soc. méd. de Leipsick, 11 dé- cembre 1894.	3	Avort. tub. gauche du 1 ^{er} mois.
126	GRANDIN	Amer. journ. of obst., 1894.	"	Grossesse tub. droite, 1891.
127	REIN.	Centr. Bl. f. Gyn., XVI, 50, 1892.	1	Janvier 1884. Fœtus libre dans la cavité abdominale.

GROSSESSE ECTOPIQUE AVAIT ÉTÉ OPÉRÉE (Fin).

OPÉRATION	NOMBRE de CONCEPTIONS ultérieures.	REMARQUES
Laparotomie en 1895.	1	
Ablation de la corne gravide	4	
Laparotomie au 12 ^e mois.	1	
Laparotomie.	1	
Laparotomie.	1	
Elytrotomie au 4 ^e mois.	1	
Elytrotomie.	1	15 jours après les injections intr.-kyst., le kyste extra-utérin s'ouvre dans le rectum. En 1886, accouchement à terme.
Extraction du fœtus par le rectum.	1	Avortement de 2 mois.
Laparotomie, 12 mai 1891.	1	Avortement de 3 mois 1/2.
Laparotomie en mai 1894.	1	1 avortement. 3 ans après, nouvelle grossesse extr.-utér. pour laquelle on pratique la laparotomie.
Traitement électrique suivi d'elytrotomie.	1 utérine. 1 extra-utér.	
Laparotomie, février 1891.	1	Mort subite au 7 ^e mois de la grossesse ultérieure.

CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire des 188 grossesses utérines survenues après grossesse extra-utérine, il résulte que :

1° L'évolution normale de cette nouvelle grossesse est presque la règle chez les femmes ayant été opérées.

2° C'est l'inverse pour les cas où l'on n'était pas intervenu chirurgicalement. Chez ces femmes, les nouvelles grossesses ont présenté le plus souvent des complications.

3° Si, de toutes les complications, l'avortement est la plus fréquente, de beaucoup la plus redoutable est l'inflammation du kyste qui, sur les 11 décès qui se sont produits chez les femmes non opérées a été 8 et probablement 9 fois la cause de la mort.

4° Tous ces faits viennent à l'appui de la manière de voir de notre maître, M. le PROFESSEUR PINARD, qui l'a

formulée ainsi : « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. »

Dans l'esprit de notre maître, cette formule n'implique pas la nécessité de l'intervention immédiate dès que le diagnostic est posé; s'il recommande l'intervention, il laisse aux circonstances le soin d'indiquer le moment où l'on doit intervenir, prenant en considération, suivant les cas, tantôt l'intérêt de la mère, tantôt l'intérêt de l'enfant.

Vu par le président de la thèse :

A. PINARD.

Vu :

Le Doyen : BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	1
HISTORIQUE	4
OBSERVATION PERSONNELLE	
<i>Histoire de la malade</i>	9
<i>Autopsie</i>	17
<i>Examen du kyste extra-utérin</i>	20
<i>Examen microscopique</i>	24
Figures	29
OBSERVATIONS TROUVÉES DANS LA LITTÉRATURE MÉDICALE.	45
Grossesses utérines survenues après la grossesse extra-utérine non opérée.	
I. <i>Observations des femmes chez lesquelles les grossesses utérines consécutives n'ont rien présenté de particulier</i>	47
II. <i>Observations des femmes chez lesquelles certaines particularités ont été signalées au cours des grossesses utérines consécutives</i>	63
A. <i>Cas où l'on a vu survenir des complications pendant la grossesse</i>	63
a) <i>Modifications survenues au niveau du kyste</i>	64
b) <i>Accidents survenus du côté de l'œuf intra-utérin</i>	69
c) <i>Complications survenues du côté de la mère</i>	87
B. <i>Cas où l'on a vu survenir des complications au moment de l'accouchement</i>	92
C. <i>Complications survenues pendant les suites de couches</i>	103
Résumé	116

	Pages.
Grossesses utérines survenues après la grossesse extra-utérine opérée.	
I. <i>Observations des femmes chez lesquelles les grossesses utérines consécutives n'ont rien présenté de particulier . . .</i>	124
II. <i>Observations des femmes chez lesquelles certaines particularités ont été signalées au cours des grossesses utérines consécutives</i>	140
Résumé	144
TABLEAUX.	147
CONCLUSIONS	163

